

الإرشاد السلوكى المعرفى

لإضطرابات القلق لدى الأطفال



دكتور

أسماء عبد الله العطية

أستاذ مساعد - قسم العلوم النفسية

كلية التربية - جامعة قطر

الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال

إعداد الدكتور

أسماء عبد الله العطية

أستاذ مساعد - قسم العلوم النفسية

كلية التربية - جامعة قطر

مؤسسة حورس الدولية

أسماء عبد الله العطية
الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال د/ أسماء عبد الله العطية.-
الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية، ٢٠٠٧.

١٧٨ ص، ٢٥

تتمك ٦ ١٨٦ ٣٦٨ ٩٧٧

١- الأطفال، علم النفس

٢- القلق (علم نفس)

١- العنوان

١٥٥,٤

٢٠٠٨

طبعة أولى

رقم الإيداع بدار الكتب

٢٠٠٧/٢٠٥٣

الترقيم الدولي I.S.B.N

977-368-186-6

الإخراج وفصل الألوان

وحدة التجهيزات الفنية بالمسسة

كمبيوتر

إيهاب خلافي

جرقك

نرمين محمد عبد الفتاح

تصديز

حقوق الطبع محفوظة للناسر

ويحظر النسخ أو الاقتباس أو التصوير

بأي شكل إلا بموافقة خطية من الناسر

مؤسسة حورس الدولية

للنشر والتوزيع

١٤٤ ش طية - سورنج - إسكندرية

ت. ف: ٥٩٢٢١٧١ - ت

مقدمة :

يعد الاهتمام بالطفولة من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره ، فهذا الاهتمام هو في الواقع اهتمام بمستقبل الأمة ، فإعداد الأطفال ورعايتهم في كافة الجوانب هو إعداد لمواجهة التحديات الحضارية التي تفرضها مقتضيات التطور والتغير السريع الذي نعيشه اليوم .

فمرحلة الطفولة بمآلها من أهمية من حيث الخصائص، والمعدلات النمائية في حياتنا تستوجب ألا يكون الطفل خلالها عرضة لاضطرابات عنيفة تزلزل أساس شخصيته في المراحل النمائية المتتالية فيما بعد ، ولابد أن نضمن له مناخا هادئا مستقرًا يسوده الهدوء والاستقرار النفسي.

فالقاق يعد أحد الخصائص المضمرة في نفسية الطفل ، أو المصاحبة لاضطرابات الشخصية لديه، والذي يمتد في شدته من عدم الشعور بالارتياح حيال المستقبل إلى الشعور بالفزع غير المحدد من شيء ما سيئ قد يحدث ، وقد يصل به هذا الشعور أحيانًا إلى مرحلة تعوقه عن ممارسة الحياة بصورة عادية ، وبذلك قد يتخلل جميع جوانب حياته .

هذا الأمر يؤكد على أهمية استخدام أساليب وفنيات علاجية تتعامل مع مشاعر وأفكار وسلوك الطفل لخفض بعض اضطرابات القلق لديه، ومن هنا تصدت النظريات المعرفية السلوكية في تناولها لاضطرابات القلق لدى الكبار والأطفال ، حيث استخدمت فنيات معرفية وسلوكية كأساليب علاجية والتي أثبتت فاعليتها في خفض تلك الاضطرابات.

ويضم الفصل الأول وهو بعنوان : القلق لدى الأطفال :

تعريف القلق ، الفرق بين الخوف والقلق ، القلق كحالة والقلق كسمة ، أنواع القلق ، اضطرابات القلق ، اضطراب القلق العام ، اضطراب قلق الانفصال ، المخاوف الاجتماعية ، المخاوف المرضية ، اضطراب الوسواس القهري ، اضطراب الهلع مع الخوف والأماكن المتسعة ، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، اضطراب الضغوط الحادة ، الصمت الاختياري ، سلوك رفض المدرسة ، أعراض القلق .

بينما يحتوي الفصل الثاني وهو بعنوان : الإرشاد المعرفي السلوكي ، على الفنيات المستخدمة في الإرشاد المعرفي السلوكي ، ودور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي . أما الفصل الثالث وهو بعنوان البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي ، فهو تضمن على مصادر إعداد البرنامج ، وأهمية

البرنامج ، والحاجة إليه ، والأسس التي يقوم عليها البرنامج ، والخدمات التي يقدمها البرنامج ، التخطيط العام للبرنامج ، وجلسات البرنامج .

وأدعو الله العلى القدير أن يوفقنا جميعًا لما فيه الخير
والصلاح فى الدنيا والآخرة.

د. أسماء عيد الله العطية

الفصل الأول

القلق لدى الأطفال

الفصل الأول القلق لدى الأطفال

يحتل القلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة ، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية ، والعرض الجوهري في الاضطرابات النفسية ، كما أنه السمة المميزة لعديد من الاضطرابات السلوكية والنفسية (مجدي عبد الكريم ، ١٩٩١ ، ١٦٢) .

ويمكن القول أن هذا العصر هو "عصر القلق" فمع تقدم الحضارة ، وسرعة التغيير الاجتماعي وصعوبة التكيف ، ومع التقدم الحضاري السريع والتفكك العائلي ، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من إغراءات الحياة ، وضعف القيم الدينية والخلقية يظهر الصراع والقلق لدى البعض ، مما يجعل القلق هو محور الحديث في الأمراض النفسية والعقلية بل والأمراض السيكوسوماتية (أحمد عكاشة ، ١٩٨٩ ، ٣٨) .

فالخوف والقلق من الانفعالات الإنسانية الشائعة ، فهما مفهومان مترادفان أو مرتبطان تبعاً لبعض وجهات النظر السيكلوجية ، فقد ظهر مفهوم الخوف منذ أقدم العصور في الكتابة الهيروغليفية والمصرية القديمة ، كما أبرزت كتابات عدد من الفلاسفة في العصور الوسطى مفهوم القلق ، فقد أكد مثلاً الفيلسوف العربي (ابن حزم) على عمومية القلق بوصفه حالة أساسية من حالات الوجود الإنساني ، ورأى أن غاية

الأفعال الإنسانية هي الهروب من القلق ، ولن كل أفعالنا وأحاديثنا تهدف إلى إطلاق القلق وتصريفه (أحمد عبد الخالق ، ١٩٨٧ ، ٢٥) .

القلق أيضاً حقيقة من حقائق الوجود الإنساني ، ويمثل جانباً دينامياً في بناء الشخصية ومتغيراً من متغيرات السلوك (فيولا البيلاوي ، ١٩٨٧ ، ٥) . ورغم أنه خبرة غير سارة قد تؤدي إلى تصدع الشخصية (فوقية حسن ، ١٩٩١ ، ١٢٥) . إلا أن وجوده بقدر ما يعد ضرورة للتكامل النفسي فهو يخدم أغراضاً مهمة في حياة الإنسان ، فإحساس الإنسان بشيء من القلق ضرورة لازمة تمكنه من الانتباه للخطر قبل وقوعه ، فيحاول مجابهته أو تفاديه ، كما أنه يدفعه إلى الحرص على صحته ، وعلى مستقبله بالعمل ، فالقلق هو الدافع الذي يدفع الفرد لتحمل المسؤولية والقوة التي تربط الأفراد في مجتمع أوسع ، وهكذا نجد أنه عاطفة عامة طبيعية وضرورية في حياة الإنسان ويصعب علينا أن ننصور عالمنا وهو خال من أي أثر للقلق (على كمال ، ١٩٨٨ ، ٦١) .

وهذا ما أكدت عليه فيولا البيلاوي (١٩٨٧ ، ٥) بأن القلق كظاهرة إنسانية هو من ناحية محرك أولى للسلوك ، وطاقته دافعية للحياة النفسية وتوجيهها ، وهو من ناحية أخرى مكون أساسي لاضطرابات الشخصية وانحرافات السلوك .

تعريف القلق :

لقد تعددت التعريفات التي تناولت القلق ، ففي هذا المجال يرى مصطفى سويف (١٩٧٥ ، ١٢٠) أن هناك اتجاهين لتعريف القلق ، حيث يمثل كل منهما اتجاهاً محدوداً :

(١) الاتجاه الأول : والذي يمثلته المهتمون بالبحوث الإكلينيكية ، فهو حالة وجدانية غير سارة ، بولمها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طَيِّبَةِ الموقف الذي يواجهه الشخص مباشرة ، وغالباً ما ينطبع هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معاً ، وتكون هذه الحالة عادة مصحوبة بعدد من مظاهر الاضطراب في السلوك .

(٢) الاتجاه الثاني : والذي يمثلته المهتمون بالبحوث التجريبية ، فهو دافع لو حافظ إذا ما استثير فإنه يؤدي إلى تنشيط الشخص في المواقف التي نطالبه فيها بأن يكتسب مهارة معينة ، كما أنه يساعد على تدعيم هذا الاكتساب .

ويمكن تعريف القلق التي تمثل اتجاه البحوث الإكلينيكية : فيعرف طلعت منصور وآخرين القلق بأنه "حالة انفعالية دافعية مركبة تستل عليها من عدد الاستجابات المختلفة ، فقد يكون القلق موضوعياً كرد فعل طبيعي لمواقف ضاغطة ، أو مرضياً كحالة مستمرة منتشرة غامضة مهددة" . (طلعت منصور وآخرين ، ١٩٨١ ، ٤٥٠) .

ويعرف سيلبرجر Spielberg (١٩٧٩ ، ٥٦) القلق بأنه "ردود أفعال تركز أصلاً على القلق الموضوعي عندما تكون المثيرات أو الإشارات داخلية" .

لما أحمد عبد الخالق (١٩٨٧ ، ٢٧) فيعرف القلق بأنه " انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أو وهم دائم ، وعدم الراحة والاستقرار ، وهو كذلك أساس التوتر والشدة والخوف الدائم الذي لا مبرر له من الناحية الموضوعية ، وغالباً ما يتعلق بالخوف من المستقبل والمجهول ، كما

يتضمن استجابة مفروطة لمواقف لا تحي خطراً حقيقياً ، والذي قد لا يخرج في الواقع عن إطار الحياة اليومية ، ولكن الفرد القلق يستجيب لها كما لو كانت ضرورات ملحة أو مواقف يصعب مواجهتها " .

بينما يعرف أحمد عكاشة (١٩٨٩ ، ٣٨) القلق بأنه " شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد " .

في حين يعرف عبد السلام عبد الغفار (١٩٩٠ ، ١١٩) القلق بأنه "خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً ، وغالباً ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية" .

لما علاء الدين كفاقي (١٩٩٠ ، ٣٤٢) فيعرف القلق بأنه "خبرة انفعالية غير سارة ، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إيجاباتي حاد وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية" .

بينما يعرفه فولبه Wolpe (١٩٩٠ ، ٢٣) بأنه " نمط الاستجابة الفردية الأوتوماتية للمثيرات والتي تؤدي إلى سلوك التجنب أو الهرب ، وتخضع في الغالب للنظام العصبي الأوتوماتيكي ، ولأن تلك الاستجابات للمثيرات تكون مشروطة وضمن كل الاستجابات المتعلمة سواء التكييفية أو غير التكييفية " .

لما حامد زهران (١٩٩٧ ، ٤٨٤) فيعرف القلق بأنه "حالة توتر شاملة ومستمرة ، نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية " .

٥

ويعرف عبد المطلب القريطي (١٩٩٨ ، ١٢١) للقلق بأنه " حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل انشغافاً أو مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر والفرع والرعب والانقباض والنهم نتيجة توقع شر وشيك الحدوث أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما غامض يعجز المرء عن تمييزه أو تحديده على نحو موضوعي ، وقد يكون مبعث هذا الخطر والتهديد الذي يؤدي بالفرد إلى القلق داخلياً كالصراعات أو الأفكار المؤلمة أو خارجياً كالخشية من ضرور مرتقبة ككوارث طبيعية ، أو وجود عائق خارجي يؤدي إلى الإحباط " .

أما بالنسبة لتصنيف الدليل الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية المعدل (DSM-IV) فقد تناول مفهوم القلق من خلال تصنيفه لعدد من الاضطرابات وهي اضطراب الهلع Panic Disorder ، واضطراب الهلع ورهاب الأماكن المتسعة . Panic Disorder with Agoraphobia ، واضطراب الهلع بدون رهاب الأماكن المتسعة . Panic Disorder without Agoraphobia ، ورهاب الأماكن المتسعة بدون نوبات الهلع Agoraphobia without Panic Attack ، والمخاوف البسيطة Simple Phobia ، والمخاوف الاجتماعية Social Phobia ، واضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder ، وضغوط ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder ، واضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

Disorder ، واضطراب القلق غير المصنف Anxiety Disorder not
other wise (المنظمة الأمريكية للطب النفسي American
psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ١٩٩ - ٢١٨) .

ومن خلال استعراض التعريفات السابقة للقلق ، نرى أنها تنفق
على اعتبار القلق حالة انفعالية سارة بها مزيج من مشاعر الخوف والتوتر
والضيق والانزعاج يشعر بها الفرد عند التعرض لمثير مهدد غير
واضح ، أو عندما يكون في موقف صراعي داخلي ولديه أفكار مؤلمة ،
وعادة ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض الأعراض الجسمية .

الفرق بين الخوف والقلق :

لقد تحدثت آراء العلماء في تناولهم لمفهومي الخوف والقلق ،
فالبعض يرى أنه ليس هناك اختلافات واضحة بين المفهومين ، بينما أكد
البعض الآخر على وجود فروق جوهرية واضحة بين مفهومي الخوف
والقلق .

فيرى ب. ب. وولمان (١٩٨٥ ، ٣٧) أن عمليتي الخوف والقلق
على الرغم من أنه يتم استخدامهما بصورة تبادلية ، إلا أن هناك اختلافاً
واضحاً بينهما ، حيث يرى أن الخوف يعد استجابة انفعالية لإزاء خطر
حقيقي (في حالة الخوف العادي) ، أو غير حقيقي (في حالة الخوف
المرضى) ، بينما يكشف القلق عن شعور تشاؤمي عام بهلاك محقق
وشيك الوتوع ، وعليه يعتبر الخوف استجابة انفعالية وفورية لإزاء خطر ما ،
يقوم على أسس تقدير المرء لقوته تقديراً منخفضاً بالعكس إلى قوة الخطر

الذي يهدده ، بينما العكس في القلق الذي يعد ضعفاً عاماً وشعوراً بعدم الكفاءة والعجز .

لما أحمد عكاشة (١٩٨٩ ، ٣٨) يفرق بين الخوف والقلق اللذين عادة ما يكونان وحدة ملتصقة من حيث شعور الفرد في الحالتين ، فشعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة ناحيته في وسط الطريق تختلف تماماً عن شعوره بالقلق عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستريح لصحبهم ، والأعراض الفسيولوجية المصاحبة لكل منهما ، ففي الخوف الشديد يظهر انخفاض في ضغط الدم ، وضربات القلب وارتخاء في العضلات ، أما في القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة .

ويستطرد علاء كفاقي (١٩٩٠ ، ٢٤٢) في نفس الاتجاه السابق ، ويرى أنه على الرغم من التشابه بين الخوف والقلق فهما استجابتان سليبتان تتشأن عند تعرض الفرد للخطر ، ولكن الباحثين يفرقون بينهما على أساس أن: الخوف ينشأ عن موضوع أو مثير محدد يستطيع الفرد أن يسلك سلوكاً معيناً للتخلص من المثيرات المخيفة أو الابتعاد عنها ، بينما القلق ينشأ من مثير غير محدد يجد الفرد صعوبة في تحديد الموضوع الذي يثير قلقه ، وعليه فإنه يعجز عن إثبات السلوك المناسب أو الكفاء لاستبعاد هذه المثيرات أو تجنبها .

ويرى ماكبريد (١٩٦٠ ، ٣٥) بأن القلق صورة من الخوف العصابي أو المرضي ، والخوف العصابي نوع من الخوف لا يدرك له الفرد مصدرأ أو موضوعاً في الواقع الخارجي . ويمكن اعتبار القلق

انفعالاً مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر (حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ٤٨٤) .

وعليه يمكن إجمال الفروق بين كل من الخوف والقلق في أن مصدر التهديد في حالة الخوف خارجي ، وبالتالي يسهل تحديده ، بينما يكون مصدر التهديد في حالة القلق داخلياً (لا شعورياً) يصعب تحديده . وأن استجابة الخوف مؤقتة تزول بزوال الموضوع المثير لها ، بينما تتسم استجابة القلق بالدوام والاستمرارية لارتباطها بمثيرات أقل تحديداً وأكثر عموضاً .

ومن الأهمية بمكان أن نفرق بين هذين الانفعالين لدى الأطفال فالخوف يعتبر رد فعل إزاء تهديد معين . فالطفل الذي يخاف من شيء فإنه يدرك مصدر الخوف على أنه أقوى منه ، ومن ثم فإن لديه القدرة على إيداعه . ويرتبط شعوره بالخوف إدراكه لنفسه على أنه ضعيف بالقياس لقوة تهده . ومما يساعد على تخفيف هذا الشعور وجود شخص قوي كالأب أو الأم . وينشأ القلق من إحساس عام بالضعف ، ومن هنا يكون عدم القدرة على مجابهة الأخطار ، فالطفل المرتعب يشعر أنه لا يستطيع التصدي لخطر بعينه .

أما الطفل القلق anxious فإنه يقل دائماً من شأن قدرته على مواجهة الحياة بصفة عامة أو مواجهة معظم المواقف على أقل تقدير ، ولا يساعد وجود الأم على القضاء على إحساسه بعدم الارتياح ، فالقلق لا يأتي من الخارج ، وإنما يأتي من الداخل . ولهذا التمييز دلالة وأهمية خاصة في مجال سيكولوجية الطفل ، على أساس أن الطفل الذي يخاف الكلاب قد يكون بخلاف ذلك طفلاً سعيداً نشيطاً ذا شخصية منطلقة

منبسطة ، فمشكلته محدودة ، ويستطيع من يحاول مساعدته التغلب على هذه المشكلة وذلك بالاعتماد على إمكانيات هذا الطفل .

علاوة على هذا فإن عملية النمو والتطور النفسي في حد ذاتها سوف تعمل على زيادة قدراته وطاقاته وإيمانه بنفسه ، كما أن ثقته المتزايدة بنفسه قد تساعد على التغلب على مخاوفه . أما بالنسبة للطفل الذي يعاني من القلق فليست هناك مشكلة خارجية ، فالمشكلة هي الطفل نفسه وشخصيته ككل ، فهو لا يخاف شيئاً بعينه وإنما يخافه إحساس عام بعدم الأمان الذي قد يؤثر تأثيراً ضاراً على سلوكه ككل ، مما يسبب إعاقة تعرقل تعلمه وصعوبات اجتماعية ، ومشكلات متنوعة تنطوي على مخاوف نوعية . (ب.ب. وولمان ، ١٩٨٥ ، ٣٨) .

القلق كحالة والقلق كسمة : Trait ، State Anxiety

كان كاتل Cattle أول من قدم مفهومي القلق كحالة State Anxiety والقلق كسمة Trait Anxiety (سبيلبرجر وآخرين ، ١٩٩٢ ، ١٠) ، وقام سبيلبرجر Spicberger بتطوير هذين المفهومين ، حيث ميز بين القلق كحالة والقلق كسمة ، فيعرف القلق كحالة بأنها رد الفعل للانفعالات أو المشاعر غير السعيدة للضغوط الخاصة ، ولأن كل شخص يخبر حالة القلق من وقت لآخر . وعرف القلق كسمة بأنها الفروق الفردية بين الأفراد في الاستجابات للقلق والتي تبدو في رؤية العالم كشيء مهدد وخطر ، وأنها تكرر لحالة القلق لفترة أطول من الزمن .

ويرى كاتل Cattle (١٩٧٤) أن حالة القلق تتغير حسب المواقف وأن التباين بين تلك المواقف أكثر ارتفاعاً من التباين بين الأفراد ، وأن سمة القلق تتغير حسب الأفراد وأن التباين بينهم أكثر ارتفاعاً من التباين بين المواقف (عبد الرقيب للبحيري ، ١٩٨٢ ، ١١-١٢)

ولقد تحدث سيلبرجر وآخرين Spielberg et.al (١٩٧٣ ، ٥) عن القلق كحالة وسمة لدى الأطفال ، حيث يعد القلق كحالة أمراً طبيعياً لديهم عند تعرضهم لمواقف ضاغطة ، ويخبر القلق كحالة لدى الأطفال ذوي سمة القلق المرتفعة بدرجة وتكرار أعلى عن ذوي سمة القلق المنخفضة ، لأنهم يدركون الكثير من الظروف على أنها مهددة وخطرة بدرجة عالية ، والتي هي على سبيل المثال المواقف التي يتوقع فيها الفشل ، أو مواقف التقييم ، هذا ويرجع الاختلاف بين الأطفال في القلق كحالة وكسمة إلى إدراك الطفل نفسه للمواقف على أنها مهددة أو خطيرة والذي يتأثر إلى حد كبير بالخبرات السابقة . وقد ميز هو وزملاؤه في عام (١٩٧٠) بينهما على أساس أن السمة ثابتة ، أما الحالة فهي مؤقتة تبعاً للمواقف وإدراك الفرد لها (محمد محمد الشيخ ، ١٩٨٧ ، ٢) .

فيمثل القلق كحالة على أنه حالة لفعالية موقفية مؤقتة تنشط في مواقف الضغط والشدة التي يدركها الفرد كمواقف مهددة لذاته ، وتخفض أو تختفي هذه الحالة بقدر زوال مصدر التهديد أو أمارات التهديد . أما القلق كسمة فيعد من سمات الشخصية فهو استعداد ثابت نسبياً كامن في الفرد ، نتيجة خبرة متعلمة في مواقف مؤلمة سابقة ، ويمتثل بمثيرات إما من داخل الفرد أو من خارجه . وهذا ما افترضه سيلبرجر في أن القلق كسمة يعكس الخبرة السابقة التي تحدد بطريقة ما الفروق الفردية في

الاستهداف للقلق ، أي الاستعداد لإدراك مواقف معينة على أنها مواقف خطر ، ومن ثم الاستجابة لها بحالات القلق . وأن هذه الخبرات السابقة لها تأثير كبير على مستوى سمة القلق قد ترجع في بعض الأحيان إلى الطفولة ، وبخاصة تلك المتعلقة بالعلاقات بين الوالدين والطفل ، خاصة المتعلقة بمواقف العقاب ، ولهذا فإن مستوى سمة القلق لا يتوقع أن يؤثر في استجابة حالة القلق لكل المثيرات ، وإنما لمثيرات من نوع معين (فيولا الليبلوي ، ١٩٨٧ ، ٥-٦) .

ولقد أشار سبيليرجر وآخرين إلى تشابه القلق كحالة والقلق كسمة في جوانب معينة ، كالطاقة الحركية والطاقة الكامنة . فيشير القلق كحالة (والذي يشبه للطاقة الحركية) إلى (رد فعل) واضح وملحوس ، أو إلى عملية تحدث في زمن معين ومستوى محدد من الشدة ، في حين يشير القلق كسمة (والتي تشبه الطاقة الكامنة) يمكن أن ينطلق إذا فجرته قوة كافية ، وتتضمن سمة القلق فروقاً بين الناس في الميل إلى الاستجابة لمواقف عصبية ذات درجات مختلفة في حالة القلق ، حيث يبدي الأفراد ذوي سمة القلق المرتفعة ارتفاعاً في حالة القلق لديهم ويتكرر أعلى بالمقارنة بالأفراد من نوع سمة القلق المنخفضة ، وذلك لأنهم يميلون إلى تأويل مدى واسع من المواقف على أنها خطيرة ومهددة ، فهم يتجهون أيضاً للاستجابة بدرجة مرتفعة من الشدة المتعلقة بحالة القلق في المواقف المدركة على أنها مهددة لهم (سبيليرجر وآخرين ، ١٩٩٢ ، ١١-١٢) .

أنواع القلق :

ميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق وهي القلق الواقعي (الموضوعي) والقلق العصبي ، والقلق الخلفي . وهذه الأنواع الثلاثة للقلق لا تختلف فيما بينها اختلافاً نوعياً ، إذ تشترك كلها في أنها غير مريحة ومؤلمة لكنها تختلف من حيث أصل كل منها . فالقلق الواقعي (الموضوعي) Objective Anxiety هو خبرة عاطفية ناتجة من إدراك خطر ما في العالم الخارجي ، وهذا الخطر يهدد الشخص بأذى ما ، وقد يكون للخطر وإثارة القلق خطر بمعنى أن يرث الفرد ميلاً للخوف من أشياء معينة أو في ظروف معينة ، أو قد يكونا مكتسبين من خلال تجارب الفرد في الحياة .

أما القلق العصبي Neurotic Anxiety وهذا النوع من القلق يستتار عن طريق إدراك خطر مصدره الغرائز ، ويتخذ ثلاثة أشكال ، فهناك النوع الهائم الطليق من التوجس الذي يتعلق بموضوع مناسب أو غير مناسب من موضوعات البيئة . ثم النوع الآخر الذي يعرف بأنه حالة من الخوف الشديد غير المعقول ، وهو يسمى بالخوف المرضي أو الفوبيا (Phobia) وأهم ما يميزه هو أن قوته لا تتناسب مطلقاً مع الخطر الحقيقي الذي ينتج من الشيء موضوع الخوف . حيث يكون منبثقاً من الهي لا في العالم الخارجي . أما النوع الثالث فهو استجابات الذعر والهلع Panic or Near – Panic Reactions وهو صورة متطرفة لرد فعل من طبيعته أن يحدث غالباً في صورة أكل عنفاً ، وهذا يلاحظ عندما يعمل شخص ما شيئاً مخالفاً لسلوكه العادي .

وبالنسبة للقلق الخلقى Moral Anxiety الذي يستثار كأحاسيس
إثم أو خجل عند الإنسان عن طريق إدراك خطر مصدره الضمير ،
فالضمير بصفته الممثل الداخلي لسلطة الوالدين يهدد بعقاب الشخص إذا
اقترب أمراً ، أو فكر في أمر مخالف للأهداف الكمالية ، لأننا المثالية
التي غرسها الولدان في الشخصية ، فالخوف الأصلي الذي يشق من
القلق هو خوف موضوعي ألا وهو الخوف من الوالدين للمعاقبين (كالفن
هول ، ١٩٨٨ ، ٦٩-٧٧) .

لما ديفيد شيهان (١٩٨٨-١٦-١٧) فقد صنف القلق في نوعين
أساسيين هما :

- القلق الخارجي المنشأ Exogenous وهو ذلك القلق الذي ينشأ أو
ينتج من الخارج ويستطيع الفرد أن يميز دائماً مصدراً مقبولاً يبرر
هذا النوع من القلق عند حدوثه .
- القلق الداخلي المنشأ Endogenous وهو ذلك النوع من القلق الذي
يولد الشخص ولديه استعداداً وراثياً له ، وهو عادة يبدأ بنوبات القلق
تأتي دون إنذار أو سبب ظاهر ، فيشعر هنا كأن الأمر يدهمه من
داخل جسمه وليس استجابة لوقائع خارجية .

وتحدث أحمد عبد الخالق (١٩٨٨ ، ٣١-٣٩) عن القلق الهائم
الطليق Free- Floating على أنه قد يكون شاملاً ، بحيث يتخلل جوانب
عديدة من حياة الإنسان غير محدد ويسمى بالقلق العام . لكنه من ناحية
أخرى يمكن أن يكون محدداً Specific بمجال أو موضوع معين خاص
أو تأثيره مواقف ذات قدرة متشابهة . كقلق الامتحان أو قلق الاختبار أو

التحصيل Test Anxiety ، وهو نوع من القلق المرتبط بمواقف الاختبار بحيث تثير هذه المواقف في الفرد شعوراً بالخوف والهم العظيم عند مواجهة الاختبارات ويسمى بالقلق المعطل عندما تكون درجته مرتفعة . أما قلق الجنس Sex Anxiety فهو الهموم والمخاوف المتصلة بالجنس . والقلق الاجتماعي وقصد به قلق الحديث أمام الناس Public Speaking Anxiety للمتعامل بالمواقف الاجتماعية الخاصة بالتحدث أمام الناس ، وما ترتبط به من شعور بالارتباك والخشية من الفشل واحتمال الوقوع في الخطأ وبعض الأعراض الجسمية . أما قلق الموت Death Anxiety فهو نوع من القلق الهائم أو الطليق والذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت .

وفي هذا المجال وصف أنتوني Anthony (١٩٦٧) ثلاثة أنواع شائعة للقلق لدى الأطفال وهي على النحو التالي :

- قلق العدوى Contagious Anxiety (تقليداً لقلق الكبار) ويكتسبه الطفل بالتفاعل مع من يعانون من قلق عصبي من البالغين الذين يتواجد معهم ، فيكتسب استجابات القلق من خلال التعلم بالملاحظة والتعزيز .
- قلق الأذى أو الإصابة Traumatic Anxiety والذي ينشأ من الأحداث غير المتوقعة التي يشعر الطفل بالعجز في مواجهتها ، وتؤثر مدى خطورتها إلى جانب ردود فعل الوالدين لتلك المخاوف على حدة قلق الإصابة .

■ قلق الصراع Conflict Anxiety والذي يعد أكثر أنواع القلق صعوبة في التحديد لأن الأحداث السابقة له أقل وضوحاً وينشأ من القوى النفسية المتفاعلة . (محمد جميل ، ١٩٨٤ ، ٢٨٣-٢٨٤) .

اضطرابات القلق : Anxiety Disorders

يعد للقلق واضطراباته من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بمرحلة الطفولة ، فهي تؤثر على حوالي ١٠% من الأطفال (دolan وبرازيل Dolan & Barazeal ، ١٩٩٣ ، ٥٦٣) . فحين أشار كارني وآخرين Kearny et al (١٩٩٥ ، ٣-٤) بأن أعراض هذه الاضطرابات تؤثر على حوالي ٨% إلى ١١% من الأطفال والمراهقين ، وقد يتضاعف هذا الرقم إذا ما ارتبطت هذه الاضطرابات بمشكلات أخرى كمشكلات النوم ، وسلوك رفض المدرسة ، يضاف لذلك ارتباط أعراض القلق في مرحلة الطفولة غالباً بمشكلات أخرى كالنشاط الزائد ، واضطراب التواصل ، وانخفاض التحصيل الأكاديمي والمشكلات الأسرية والاجتماعية ، وانخفاض تقدير الذات ، والأعراض الجسمية (برنستين وبروين Bernstein & Perwien ، ١٩٩٥ ، ٣٠٥ ، Ross, J., et.al., 2003) ، (Alfano, C., et.al., 2007) .

وفي بعض الأحيان تنشأ وعدم القدرة على التركيز وأفكار حول فقد التحكم والأذى الجسدي والاجتماعي معاً (شامبلز وجيليس Chambless & Gillis ، ١٩٩٣ ، ٢٤٨) . فيظهر لديهم توقع الكوارث واللوم النفسي للذات والآخرين ، وابتغاء الحلول الكاملة كأفكار مرتبطة بسمه القلق في مرحلة الطفولة ، في حين تظهر فكرة طلب الاستحسان

كفكرة لاعقلانية مرتبطة بحالة القلق (محمود المبد- عبد الرحمن ، معتز سيد عبد الله ، ١٩٩٤ ، ٤٣) .

وكثيرا ما يرى الطفل القلق بأن الأحداث السلبية سوف تحدث له أكثر من حدوثها للآخرين ، ويتحدث لذاته بطريقة أكثر سلبية ، والمتضمنة استحواذ فكرة الخوف من الأذى وتوقعاته السلبية ونقص الثقة بالنفس والخوف من المواقف الجديدة (أحمد عبد الخالق ، مایسة النبال ، ١٩٩٠ ، ٢٤) ، (كيندال Kendall ، ١٩٩٤ ، ١١ - ١١١) . (دالنش وآخرين Diagleishish et al ، ١٩٩٧) ، وقد يظهر قلق شديد نحو الانفصال والتقييم الاجتماعي (بيرن Perin ، ١٩٩٧) أو نوبات هلع وخوف من الأماكن المتسعة ، ومن الأذى الجسدي ، والوسواس القهري ، والقلق الزائد ، وأن أكثر هذه الأعراض شيوعا لدى الأطفال هي المخاوف الاجتماعية وأكلها للوسواس القهري والتي تظهر لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور (سبنس Spence ، ١٩٩٧ - ١٩٩٨) . إضافة إلى الشكوى من أعراض نفسجسمية كالصداع والألم دون وجود سبب عضوي والشعور السريع بالتعب وصعوبة النوم والشد العضلي (Mary M. Jensen ، ٢٠٠٥ ، ١٦٧) ، (Davies, Mark, et al., 2006)

وكثيرا ما يبدو على الطفل القلق أعراض الاكتئاب ، وذلك كما أوضحت نتائج بعض الدراسات ، كدراسة ستراس وآخرين Strauss et.al. (١٩٨٨) التي أشارت إلى أن ٢١% من الأطفال القلقين أظهروا اكتئابا مزمنًا . ثم دراسة أوليندك وآخرين Ollendick et al (١٩٩١) وكولي وآخرين Cole et al (١٩٩٧-١٩٩٨) .

لذا أصبح للقلق واضطراباته كما أشار سيلبرجر وآخرين (١٩٩٢ ، ٢١١) أهمية بالغة في الطب النفسي الحديث ، وفردت له فئة مستقلة في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية والعقلية شملت معظم ما كان يسمى بالمصاب Neurosis فأصبحت تضم اضطراب الهلع Panic Disorder ، المخاوف المرضية Phobia (كالخوف من الأماكن الواسعة ، والمخاوف الاجتماعية ، والمخاوف البسيطة) ، واضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder ، واضطراب المشقة أو الانصباب Stress التتالي للصدمة ، واضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder ، واضطراب قلق غير محدد Anxiety Disorder Not Specified .

كما تناول هذا الدليل اضطرابات القلق لدى الأطفال وهي اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder ، واضطراب القلق الزائد Overanxious Disorder ، واضطراب التجنب Avoidant Disorder .

ويرى لامست وآخرين Last et al (١٩٩١ ، ٢٢٨) بأنه هناك أربعة اضطرابات أخرى للقلق لدى الكبار يمكن أن تنطبق على الأطفال ، كاضطراب الهلع ، واضطراب القلق العام ، واضطراب الوسواس القهري ، واضطراب منغوط ما بعد الصدمة .

وتناول الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية DSM IV ، اضطراب قلق الانفصال والصمت الاختلاري ضمن اضطرابات الطفولة والمراهقة ، وفردت فئة خاصة لاضطرابات القلق

اشتملت على أربعة عشر نوعاً لاضطرابات القلق (المنظمة الأمريكية للطب النفسي American psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ١١٠-١١٥) .

في حين أشار بشير الرشدي وآخرين (٢٠٠٠ ، ٢٠٧) إلى اضطرابات القلق لدى الأطفال والتي حددت في الدليل العاشر للاضطرابات النفسية (ICD - 10) في ثلاث فئات ضمن مجموعة الاضطرابات الانفعالية وهي اضطراب قلق الانفصال ، واضطراب القلق الرهابي ، واضطراب القلق الاجتماعي ، وهو ما تأخذ به سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية في مرحلتها الطفولة والمراهقة بدولة الكويت .

واتفقت سبنس Spence (١٩٩٧ ، ٢٨٣) مع لاست وآخرين Last et al (١٩٩١) فيما أشاروا إليه من أن اضطرابات القلق لدى الأطفال ، هي كل من اضطراب القلق العام ، واضطراب الوسواس القهري ، إضافة إلى اضطراب قلق الانفصال ، والخوف من الأذى الجسدي والمخاوف الاجتماعية ، ونوبة الهلع والخوف من الأماكن الممتعة ، وذلك من خلال دراستها التي تناولت أعراض القلق لدى الأطفال دراسة عملية .

ولم تختلف تلك الاضطرابات عما تناولته كل من ميزا وموريس Masia & Morris (١٩٩٨ ، ٣-٤) عند تناولهما لتلك الاضطرابات لدى الأطفال والمراهقين كما وردت في دليل المنظمة الأمريكية لاضطرابات القلق ، حيث شملت تسعة اضطرابات فهي إضافة إلى ما ذكره كل من لاست وآخرين Last et al (١٩٩١) وسبنس Spence (١٩٩٧) ذكرا الصمت الاختياري وسلوك رفض المدرسة .

ولقد أشار كولي Quille (١٩٩٨ ، ٧-١٢) في مراجعته للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية DSM - IV والمنظمة الأمريكية لاضطرابات القلق لتحريف اضطرابات القلق لدى الأطفال إلى نفس الاضطرابات السابقة ، والتي أضيف إليها اضطراب الضغوط الحادة Post Acute Stress Disorder ، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder .

وتتفق سيلفرمان والبن Silverman & Albano (١٩٩٦ ، ٧) في تناولهما لاضطرابات القلق لدى الأطفال مع تصنيف المنظمة الأمريكية لاضطرابات القلق ، وذلك في قائمة اضطرابات القلق للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية التي قاما بإعدادها وتضمنت اضطرابات القلق إضافة إلى اضطرابات أخرى ، إلا أنها اختلفت في تناول اضطراب الهلع والخوف من الأماكن الممتعة ، حيث أشارت إلى اضطراب الخوف من الأماكن الممتعة مع أو بدون اضطراب الهلع Agoraphobia with or without Panic Disorder ، واضطراب الهلع Panic Disorder والخوف من الأماكن الممتعة ، وحذفت اضطراب الضغوط الحادة ، مما يؤكد على أهمية التعرف على اضطرابات القلق لدى الأطفال من خلال الأطفال أنفسهم ووالديهم وذلك عبر المراحل العمرية المختلفة (Birmaher, B., et al.,2004) .

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن اضطرابات القلق لدى الأطفال والتي تم تناولها من قبل الباحثين أشارت في مضمونها إلى أنها لا تختلف كثيراً عن اضطرابات القلق لدى الكبار ، هذا وسوف نتناول بشيء من التفصيل هذه الاضطرابات .

اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

كان يعرف هذا الاضطراب باسم اضطراب القلق الزائد Overanxious Disorder لدى الأطفال في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية ، وتم ضمه تحت اضطراب القلق العام في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية . حيث يشير إلى حالة من التوتر والاضطراب المرتبطة ببعض الأعراض كصعوبة التركيز وحدة الطبع والإعياء والشد العضلي واضطراب النوم (برنستين وبيرون Bernstein & Perwien ، ١٩٩٥ ، ٢٠٦) ، (ميزا وموريس Masia & Morris ، ١٩٩٨ ، ٤) .

يبدو القلق المفرط تجاه المستقبل والاهتمام الزائد بتقييم الآخرين ، والحاجة إلى أقصى طمأنينة من قبل الآخرين وزيادة الوعي بالذات ، وغالباً ما تظهر بعض الأعراض النفسية المتعددة كالشعور بالمصداق ولم المعدة وصعوبة التنفس وغيرها . والشعور بالوحدة والخل والعزلة الاجتماعية ، إضافة إلى إدراك الذات بأنها أقل من الآخرين وقلة احترامها ، والاكتئاب والأفكار والمحاولات الانتحارية وضعف التوافق الاجتماعي (سترل Strauss ، ١٩٨٨ ، ٢٣٤-٢٣٦) . وقد يتضمن هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض تمكن قلق الانفصال أو قلق المخاوف الاجتماعية (لاست وآخرين Last et al ، ١٩٨٩ ، ٢٣) .

ويشبه تشخيص هذا الاضطراب إلى حد كبير تشخيص اضطراب القلق العام لدى الكبار . وربما يكون سبب استمراره الأحداث المؤلمة في حياة الطفل ، واضطراب البيئة الأسرية وأحداث الحياة التي يجد الطفل معها صعوبة في التوافق ، كتغيير المدرسة أو موت من يحب أو رؤية الحوادث . (Thyer ١٩٩١ ، ٣١٦) . هذا ويؤثر هذا الاضطراب على حوالي ٣% من الأطفال ، وتنوع أعراضه وسن الأطفال ، حيث يظهر الأطفال الكبار أعراضاً وقلقاً أكثر نحو أحداث الماضي ، والمستقبل عن الأطفال الصغار ، وقد يرتبط نمو هذا الاضطراب لدى الأطفال وخصائص الأسرة ، فعلى سبيل المثال المعايير لفائقة التي يضعها الوالدين للطفل ، كذلك الأم القلقة قد تنمي القلق لدى طفلها عن الأم العادية . (دونان وبرزيل Dolan & Brazeal ، ١٩٩٢ ، ٣٦٥ - ٣٦٦) . حيث أشارت نتائج دراسات كل من روزمبورم وآخرين (Rosebaum et al ١٩٩٢) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين ما يعانيه الوالدان من قلق وظهور بعض أعراضه لدى أطفالهم ، ودراسة أمال عبد السميع أباطة (١٩٩٥) التي لوضحت دور التفكير الأسرى في ظهور القلق والاكتهاب لدى الأطفال ، ودراسة كابس وآخرين (Capps et.al ١٩٩٦) التي أكدت على العلاقة بين سمة القلق لدى الوالدين والأطفال ، وبين الضغوط الوالدية وقلق الأطفال كما جاء في دراسة سيد أحمد حجاج (١٩٩٢) ، ثم دراسة لامت وآخرين (Last et al ١٩٨٦) التي أشارت إلى أن حوالي ٨٣% من أمهات الأطفال الذين يعانون من قلق انفصال وقلق زائد كن يعانون من قلق مزمن .

اضطراب قلق الانفصال : Separation Anxiety Disorder

اضطراب قلق الانفصال : Separation Anxiety Disorder ويطلق البعض عليه حصر الانفصال للإشارة إلى ذلك القلق الذي يعترى الطفل في بكورة مهددة وحتى مرافقته وهو الانفصال عن أحد الوالدين أو كليهما ، أو عن القائم برعايته Care Taker وهو يرتبط بالخوف من الانفصال (ب . ب . وللمان ، ١٩٨٥ ، ٨٣) . خاصة عن الوالدين ، فالطفل هنا قلق حول الأذى الذي قد يقع لوالديه كالموت أو التعرض للحوادث ، فيجلس الطفل قريباً جداً من والديه ، ويلتصق بهما عندما يكون ذلك ممكناً (كالذهاب إلى السوق ، أو الطبيب) وربما النوم معهما .

لما في الأطفال الأكبر سناً فيظهر التردد في البقاء وحيداً بالمنزل ، أو الانشغال بأنشطة في حالة عدم وجود الوالدين ، والتردد أو رفض الذهاب للمدرسة وأحياناً القيام بمحاولة الهروب منها ، وإضاعة الوقت في الروتين الصباحي ، وكثرة الشكوى من المرض ، والاتصال بالوالدين للسؤال عنهم أو لأخذهم للمنزل ، وأخيراً ظهور الضغوط في شكل أعراض جسمية كتعبات الغضب والبكاء ، واضطرابات المعدة وغيرها . وقد يظهر هذا الاضطراب بنسبة ٢% إلى ٤% لدى الأطفال والمراهقين . (دولن وبرازيل Dolan & Brazeal ، ١٩٩٣ ، ٥٦٤ - ٥٦٥) . كما قد يرفض الطفل قضاء الليل بعيداً عن والديه ، أو للذهاب بعيداً عن المنزل ، وقد يبكي الطفل ويتحدث عن خوف وقلق غير واقعي للأذى الكامن الذي قد يحدث

لوالديه ، وتظهر عليه بعض الأعراض النفسجسمية كالصداع وآلم المعدة . (ثير Thyer ، ١٩٩١ ، ٣١٢) .

ويشير كيندال Kendall (١٩٩٢ ، ٥-٦) إلى أن هذا الاضطراب يظهر بعدة طرق ، ففي الطريقة الأولى وهي الأكثر وضوحاً للضيق الزائد عند الانفصال ، والذي يظهر في النمط الشديد الضيق كهلع ، أما في الطريقة الثانية وهي القلق المرضي حول الخطر الكامن الذي يهدد سلامة الأسرة وهو السمة المميزة لهذا الاضطراب ، حيث يفكر الطفل بأن والديه قد يتعرضان إلى الخطر كالحوادث والموت وغيرها .

وتوضح Mary M . Jensen (٢٠٠٥ ، ١٦٩) الخصائص المخاوف المرتبطة بكل سن وهي :

- ٥ - ٨ سنوات التعلق والأحلام المزعجة عن الناس الهامين في حياة الطفل ولحتمال تعرضهم للأذى ورفض الذهاب للمدرسة .
- ٩-١٢ سنة الضغوط الزائدة عن الانفصال عن الوالدين .
- ١٣-١٦ سنة رفض الذهاب للمدرسة والأعراض الميكوسوماتية كالصداع ، آلم المعدة وتجنب البعد عن الوالدين .

وفي هذا المجال يرى كل من عباس محمود عوض ، ومدحت عبد الحميد عبد اللطيف (١٩٩٠ - ٩٧ - ١٠٩) أن هناك بعض المظاهر الإكلينيكية المرتبطة بهذا الاضطراب كالرغبة في البقاء بالمنزل والخوف من الظلام ، والأماكن المفتوحة ، والخوف من

التغيير والشعور بالضيق ، والقلق من المواقف الجديدة والمفاجئة ، إضافة إلى الشعور بالحزن وفقدان الشهية ، وعدم الرغبة في ممارسة الألعاب مع الأقران ، وقلة الحيوية وظهور بعض الأعراض الجسمية كالصداع والأرق والأحلام المزعجة التي قد تتطور إلى كوابيس . ثم الشعور بالتهديد من الانفصال عن الوالدين . وهذه كلها أعراض اكتئابية مصاحبة لقلق الانفصال . وقد يظهر لدى الأطفال الذين يعانون من هذا اضطرابات قلق أخرى كاضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة في مرحلة الرشد . (دولن وبرزيل Dolan & Brazeal ، ١٩٩٣ ، ٥٦٥) .

المخاوف الاجتماعية : Social Phobia

كان يعرف هذا الاضطراب سابقاً باسم اضطراب التجنب ، للإشارة للخوف الواضح المستمر من المواقف الاجتماعية . وغالباً ما تتداخل المخاوف الاجتماعية مع اضطراب التجنب خاصة في الصفات المعرفية ، فيتضمن النشاط المعرفي في هذين الاضطرابين تفكير الأطفال بأن الآخرين سوف يرون سلوكهم أو آراءهم وأفكارهم سلبية وموضع سخرة ، وأنهم غير ناضجين ، وسوف يضحكون على أخطائهم حتى لو كانت بسيطة ، وأنهم لا يحبونهم ويريدون إهانتهم . (برنستن وبروين Bernstein & Perwien ، ١٩٩٥ ، ٣٠٦) . ويختلف الخوف الاجتماعي عن الخوف العادي من التحدث أمام الآخرين ، الذي عادة ما يختفي كلما تقدم المتحدث في حديثه أو كلما مر بخبرات مماثلة للموقف ، بينما في الخوف الاجتماعي ربما يزداد سوءاً ولا يتأثر بالتمرين والممارسة ، وقد يخبر الفرد نوبة هلع موقفية

نتيجة التوقع أو التعرض لموقف اجتماعي مثير للخوف . (غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٩ ، ٤١٩ - ٤٢٠) .

وعادة ما يخاف الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب من الحديث أمام الآخرين والتواصل معهم أو البدء والاستمرار في الحديث ، والخوف من مقابلة الغرباء والتحدث للسلطة أو الذهاب إلى الحفلات والانتظار أمام الآخرين ، وحتى من الأكل والشراب أمامهم . وغالباً ما يظهر هؤلاء الأطفال انخفاضاً عاماً في الوظائف الأكاديمية والاجتماعية ، وتظهر عليهم بعض الأعراض كنوبة الغضب والبكاء ، والجمود ، والتمسك بالشخص القائم على رعايتهم في المواقف الاجتماعية . وتجنب اللعب في مجموعة ورفض المشاركة في الصف أو الذهاب للمدرسة وتجنب كافة الأنشطة الاجتماعية المناسبة لمنهم . (كولي Quille ، ١٩٩٨ ، ٤) .

كما قد يبدي هؤلاء الأطفال سلوكاً مستمراً أو متكرراً من الخوف من الغرباء أو الإحجام عنهما أو كليهما معاً ، والذي يحدث مع الكبار أو الأقران على حد سواء ، وقد يرتبط الخوف من الغرباء بدرجة عالية من التعلق الوجداني الانتقائي بالوالدين ، أو بأشخاص مألوفين آخرين ، ويتجاوز الخوف في هذا الاضطراب الحدود العادية لمن الطفل (بشير الرشيد وآخرون ، ٢٠٠٠ ، ٢١٢ - ٢١٣) .

وقد أوضحت نتائج بعض الدراسات والبحوث السابقة تأثير هذا الاضطراب على الطفل ، فيمكن أن يكون القلق الاجتماعي عاملاً مهماً في ظهور أعراض الاكتئاب لديه ، فشعوره بعدم الطمأنينة يؤدي

إلى الخوف من تقدير الآخرين ، وانخفاض التحصيل الدراسي . كما أشارت إلى ذلك دراسة إيكس Epkins (١٩٩٦) ، في حين أكدت دراسة جنسبرج وآخرين Ginsburg (١٩٩٨) على وجود ارتباط ما بين القلق الاجتماعي وانخفاض الوظائف الاجتماعية لدى الأطفال .

المخاوف المرضية : Phobias

تعد المخاوف المرضية بأنواعها من بين أكثر الأعراض العصبية شيوعاً كما أشار لذلك ريتشاردم (١٩٧٩ ، ٧٤٨) . وتعرف بأنها خوف مبالغ فيه يصل إلى حد الرعب من موضوع أو موقف معين لا يمثل في حد ذاته مصدراً للخطر ، وهذا الخوف حضاري في طبيعته ، بمعنى أن الشخص يدرك عدم معقوليته وعدم منطقته ، ورغم ذلك فإن هذا الخوف يسيطر عليه ويحكم سلوكه . ولأن الفرق بين الخوف والقلق على الرغم من أنها صورة من صور القلق العصبي ، فالقلق خبرة انفعالية مؤلمة غير محددة المصدر ، ومن ثم يصعب تجنبها فيحاول الفرد إزاحة هذا القلق (يحدث له إزاحة Displacement) أو يسقطه (يحدث له إسقاط Projection) على موضوع خارجي يمكنه من تجنبه ، في حين أنه في حالة المخاوف المرضية ترجع إلى عملية التجنب Avoidance (محمد عبد الظاهر الطيب ، ١٩٨٠ ، ٤ - ٥) . وتختلف المخاوف المرضية (الفوبيات) عن الخوف العادي الذي هو حالة يصحها كل إنسان في حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلاً . (حامد زهران ، ١٩٧٤ ، ٣٩٢) .

وعرف هذا الاضطراب بمسميات عديدة ، فالبعض يطلق للرهاب أو الفوبيا والتي تعني الخوف الشديد الذي يحدث للبعض عندما تواجهه بعض المواقف أو يتواجد في أماكن أو يرى أشياء أو حيوانات معينة (دري حسن عزت ، ١٩٩٠ ، ١٤٧) . ويعرفه الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للمعدل للأمراض النفسية DSM – IV باسم المخاوف الخاصة والتي تعني الخوف الواضح المتواصل والمفرط غير المعقول من مواقف وموضوعات معينة ، والتي تؤدي إلى تجنبها مما قد يؤثر على العديد من الوظائف الحياتية والاجتماعية لدى الفرد (المنظمة الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ١١٠-١١١) . في حين يطلق عليه بشير الرشدي وآخرين (٢٠٠ ، ٢١٠) في سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين بدولة الكويت اضطراب القلق الرهابي Phobia Anxiety Disorder والذي يشير ويرتبط بالشعور بالقلق والعديد من المخاوف .

وتتفق ميزا وموريس Masia & Morris (١٩٩٨ ، ٣) وسيلفرمان وابن Silverman & Albano (١٩٩٦ ، ٢٣) وكذلك المنظمة الأمريكية لاضطرابات القلق (١٩٩٨ ، ٦) في تسمية المخاوف المرضية . وعلى الرغم من اختلاف التسميات إلا أنها تشير في مضمونها إلى الخوف الشديد غير الواقعي والمفرط من بعض الأشياء .

ويرى تري حسن عزت (١٩٩٠ ، ١٤٧ - ١٤٨) أن للرهاب صورتين هما الرهاب الأحادي أو النوعي ، وينتج من الخوف

المرضي من رؤية أشياء محددة ، ثم الرهاب من الأماكن المتسعة أو الضيقة أو المرتفعة . ويتفق حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٩٨ ، ٣٥٤) مع هذا التصنيف ، لكنه يضيف إليها المخاوف الاجتماعية .

في حين تتفق سبنس Spence (١٩٩٧ ، ٢٨٣) مع ميللر وآخرين في الخوف فقط من الأذى الجسدي والذي أظهرته في دراستها لأعراض القلق لدى الأطفال . وثرى سيلفرمان ولين Silverman & Albano (١٩٩٦ ، ٢٣) بأن هذه المخاوف المرضية الخاصة المتنوعة تجعل الطفل يشعر بالرعب وعدم الراحة ، مما يجعله يرغب في البقاء بعيداً عنها ، وأحياناً قد يبكي الطفل وتحدث له نوبات غضب عندما يواجه هذه الأشياء ، الأمر الذي يؤثر على الروتين اليومي والأداء الأكاديمي وأنشطتهم وعلاقاتهم الاجتماعية .

اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder

يعد أحد اضطرابات القلق ، لأن الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية هي في الأصل محاولة من جانب الفرد للتحكم في القلق ، ويشير استخدام هذا الاضطراب في كل من علم النفس المرضي والطب النفسي إلى جانبين أولهما أنه اضطراب في الشخصية ، وثانيهما أنه أحد مكونات القلق . ويتصف ذوو اضطراب الوسواس القهري بالنزعة المفرطة نحو الكمال ، والخلو من النقص والحب ولعل الشيء كما ينبغي ، وحدثت بعض الأعراض المكونة له والتي تتسم بالتصلب والكف والإحجام والتردد والحيرة (فريج العززي ، ١٩٩٧ ، ١٨١) .

ولقد تناول الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية عصاب الوسواس القهري بوصفه أحد اضطرابات القلق ، باعتبار أن الوسوس والقهور أساساً الضيق والكرب ، وقد واصل الدليل الرابع نفس الاستخدام DSM - IV (المنظمة الأمريكية للطب النفسي American psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٤١٧) .

وقد أشارت بعض الدراسات إلى انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال بنسبة ٢% من مجموع الأطفال الذين يحضرون لعيادات الأطفال . (عبد الرحمن عيسوي ، ١٩٩٢ ، ١٦٩) . فحين أشارت دراسة رحمة الله وآخرين Rahmatallah (١٩٩٦ ، ١٦١) لاضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال ، بأن معظم الأبحاث التي أجريت خلال العشر سنوات الماضية ، أكدت بأن مدى انتشار هذه الحالات قد يصل إلى ما يقارب ٣% من الأطفال ، وأن هذه الحالات تشابه مثيلاتها عند الكبار ، كما لوحظ أيضاً أن الكبار الذين يعانون من الوسواس القهري قد بدأت معاناة ثلثهم أو نصفهم منذ مرحلة الطفولة .

فعندما ينشأ قلق ويلجأ الطفل لبعض الحيل الدفاعية النفسية لمواجهةها والتخفف من التوتر الناشئ عنها ، قد يحاول إبعاد الفزعات والرغبات غير المقبولة عن نفسه ، عن طريق أفعال قسرية يحاول بها عكس هذه الفزوة أو الرغبة في استخدام للتكوين العكسي (Reaction Formation) ، فالطفل الذي يرغب في ممارسة بعض أنواع السلوك الجنسي ، قد يقوم بأفعال قسرية تنسم بشدة الاهتمام بالنظافة أو تكرار

غسل للدينين ، كلن لو كان يقول أنا لا يمكن أن يكون لدي الرغبة في مثل هذا السلوك غير السوي (ممدوحة محمد سلامة ، ١٩٨٤ ، ٨٥) .

فالطفل يحاول كتم أو تجاهل تلك الأفكار والتخيلات أو يحددها مع فكرة أو فعل آخر ، إلا أن الوسواس والقهور تسبب له ضيقاً شديداً يستهلك أكثر من ساعة في اليوم ، مما يؤثر على أدائه في المدرسة وأنشطته اليومية والاجتماعية . (كولي Quille ، ١٩٩٨) . في حين نجد أن بعض الأطفال يتحدثون بصراحة عن قهورهم ، خاصة عند الذهاب إلى النوم ، حينما تسيطر عليهم فكرة وقوع خطر للألم كالموت أو الأذى ، فيحاولون إبعاد هذه الفكرة عن أذهانهم ، وتتخذ القهور لها موضوعاً غالباً ما يكون هو الطفل نفسه ، أو شخص محبوب أو بديله ويمتله على أنه فريسة لمعاملات قاسية متحدة (ننغين زيور ، ١٩٩٨ ، ١٥٩) .

ولقد أشارت سيلفرمان والين Silverman & Albano (١٩٩٦ ، ٤٥-٥٠) إلى بعض أنواع الأفكار والقهور لدى الأطفال التي تسبب لهم الانزعاج والإحباط ، كالأفكار وسواسية عدوانية حول إيذاء الذات والآخرين ، أو كسر ورمي الأشياء ، ثم وسواس حول التلوث والإصابة بمرض وأخذ ميكروب من لمس بعض الأشياء ، ووسواس الشك المرتبطة بالذات والأعمال التي يقوم بها ، ثم الأفكار السخيفة كإعادة الأرقام والكلمات والحروف عدة مرات ، وسماع كلمات وجمل في الرأس لا يستطيع إيقافها ، ثم الاحتفاظ بالأشياء والأثاث القديمة وعدم رميها خوفاً من حدوث شيء سيئ عند رميها ، ثم الوسواس الدينية المتعلقة بالخوف الشديد من الله والشك في أداء

العبادات المختلفة ، ثم للترتيب والتناسب وقيل الأشياء بطريقة صحيحة ، في حين تتضمن القهور فعل الأشياء عدة مرات ومرات كفعل الأيدي ، والتأكد من فتح وغلق الأبواب والأتوار أو عد الأشياء ، كل هذه القهور وغيرها تمارس خوفاً من حدوث شيء سيئ له ولأسرته .

وتضيف سبنس Spence (١٩٩٧) إلى أن السمة المميزة لهذا الاضطراب لدى الأطفال للشدة التي تجعله مسيطراً طوال الوقت ويسبب ضغوط ظاهرة ، وتمارسها ليس لمنمها أو لخفض القلق أو الضغوط فقط ولكن للإحساس بالإشباع والسعادة (سبنس Spence ، ١٩٩٧ ، ٢٨٣) . وتبدو هذه المظاهر والأعراض الوسواسية لدى الأطفال ، خاصة للذين يتمصون دور الأسرة ويتوحدون معها ذات المعايير الصارمة ، وهذا ما أكتته دراسة مي الرخاوي (١٩٩٢) التي تناولت من خلالها بعض المتغيرات المرتبطة بالمظاهر الوسواسية لدى الأطفال المترددين على العيادة النفسية . وفي المقابل قد يرتبط هذا الاضطراب كما أشارت رحمة الله وآخرين Rahmatalla et al (١٩٩٦ ، ١٦٤) ومشكلات واضطرابات أخرى كالاكتئاب والخوف البسيطة والقلق لزانة ، وقلق الانفصال وصعوبات النمو ، واضطراب ضعف الانتباه .

اضطراب الهلع مع الخوف والأماكن المتسعة : Panic Disorder with Agoraphobia

أكثر شيوعاً لدى المراهقين عن الأطفال وأكثر شيوعاً لدى الإناث من الذكور وينتشر هذا الاضطراب لدى حوالي ١٠%-١٥% من الذين لديهم مشكلات . (Mary M. Jensen ، ٢٠٠٥ ، ١٦٩)

يعرف هذا الاضطراب كأحد اضطرابات القلق كما جاء في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية (DSM- IV ، ١٩٩٤ ، ٢٨٣-٢٩٣) ، حيث صنف اضطراب الهلع بدون الخوف من الأماكن المتسعة ، والخوف من الأماكن تاريخ اضطراب الهلع ، ثم نوبات الهلع ، والخوف من الأماكن المفتوحة . وتكرته سبب Spence (١٩٩٧ ، ٢٨٣) كأحد أعراض القلق لدى الأطفال باسم نوبة الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة Panic Attack and Agoraphobia ، في حين تتأولته كل من ميزا وموريس Masia & Morris (١٩٩٨ ، ٣ - ٤) باسم اضطراب الهلع كأحد اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين ، وتتأولته الجمعية الأمريكية لاضطرابات القلق باسم اضطرابات الهلع مع أو بدون الخوف من الأماكن المفتوحة . (كولي Quille ، ١٩٩٨ ، ٧ - ٨) وهنا تم الجمع ما بين الهلع مع الخوف من الأماكن المفتوحة أو بدونها . وتتأولته ميلجرمان والين Silverman & Alban (١٩٩٦ ، ٢٧ - ٤٠) كاضطراب الهلع Panic Disorder ، والخوف من الأماكن المفتوحة مع أو بدون الخوف من الأماكن المفتوحة ، وذلك في قائمة مقابلة اضطرابات القلق للأطفال .

هذا وسوف يتم التحدث عن اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة حيث يتصف هذا الاضطراب كما أشار غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩ ، ٤١٧) بحدوث أزمات قلق مصاحبة ببعض الأعراض الجسمية كخفقان القلب وصعوبة التنفس ، وآلام الصدر ، والدوخة ، والارتجاف ، وعادة ما يصاحب هذه الحالة الخوف من الأماكن الممتعة كالأماكن المزدحمة والمحلات والأسواق ، والمتضمن الخوف الزائد وتجنب التواجد في أماكن يصعب فيها طلب المساعدة أو يكون الهرب غير ممكن .

وتبدو السمة المميزة لهذا الاضطراب لدى الأطفال في الفترة المتقطعة لشدة الخوف وعدم الراحة المصحوبة بأربعة أعراض نفسجسمية على الأقل ، كخفقان القلب ، الارتجاف والإحساس بوقوع خطر أو موت وشيك ، والرغبة الشديدة في الهرب ، والشعور بالاختناق ، وأحياناً بالدوار ، والخوف من فقد التحكم أو الإصابة بالجنون أو للموت . فحين تكون السمة المميزة للخوف من الأماكن الممتعة الخوف من التواجد في أماكن يكون فيها طلب المساعدة غير متاح ، وكذلك الهرب الذي يكون صعباً أو محرجاً (سبنس Spence ، ١٩٩٧ ، ٢٨٣) .

ويرى كل من ميزا وموريس Masia & Morris (١٩٩٨ ، ٤) إلى أن القلق والفرع المزمن الذي تم تعميمه لدى الأطفال قد يتحول إلى تعرضهم لنوبات متقطعة من الهلع الحاد ، تتمثل في سرعة دقات القلب والتنفس والختيان أو الإحساس بالدوار والدوخة ، أو الخوف من فقد السيطرة على النفس التي قد تحدث فجأة وبشدة دون

أي إنذار أو سبب واضح تؤدي إلى زيادة حدة القلق الكامن خلف تلك الأعراض ، وحتى عندما تخف حدة تلك النوبات فعلاً ما ينتاب الطفل الخوف من تكرار حدوثها ، وقد يصبح الفرع من تلك النوبات أكثر تعقيداً لعدم قدرته على التحدث عنها لكونها أعراضاً ومشاعر غريبة وفريدة إلى حد كبير . كما قد تبدو أحياناً غريبة للمحيطين بالطفل ، ومن ثم فقد يستجيبون لها بصورة تدعم هموم الطفل الشديدة ، ثم يفقد القدرة على التحكم في نفسه ، فيسير في حلقة مفرغة مما يزيد من حدة قلقه ، وبالتالي مزيد من حدوث نوبات الهلع . حتى وإن كانت نوبات الهلع أو اضطراب الهلع ليس شائعاً لدى الأطفال وعادة ما يبدأ في المراهقة ، إلا أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب عادة ما يكونون خائفين وقلقين من تكرار هذه النوبات ، فيرفضون الذهاب للمدرسة وقد يرفضون ترك المنزل في الحالات الشديدة .

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة : Posttraumatic Stress Disorder

وصف هذا الاضطراب في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية DSM - IV (المنظمة الأمريكية للطب النفسي ، American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ٤٢٧ - ٤٢٩) بأنه استجابة بالخوف الشديد والشعور بالرعب والعجز المرتبط بمعاودة الأفكار أو التخييلات أو الإدراكات لنتائج أحداث تتضمن أذى حقيقياً يهدد الذات أو الآخرين والتي يعبر عنها بالأحلام ، ثم التجنب المتواصل الدائم للمثيرات المرتبطة بها سواء للأنشطة أو الأماكن أو الأفراد ، والشعور بقلة الحظ في المستقبل .

وهذا الاضطراب عبارة عن استجابة فورية أو استجابة مؤجلة لحادثة مؤلمة ، والتي من أمثلتها الحوادث الخطيرة (كاصطدام السيارات ، الحرائق ، الانفجارات) ، أو المصائب الطبيعية (كالعواصف ، الفيضانات ، الزلازل ، الأعاصير) ، والاعتداء والاستغلال الجسدي وغيرها من الحوادث الخطيرة كالموت ، أو التعرض لإصابة خطيرة ، أو إصابة شخص آخر أو تلقي أخبار مؤلمة عن شخص قريب ، حيث تتجمع هذه الأعراض في إعادة وتكرار الخبرة الصادمة مرة أخرى ، حيث يشعر الفرد وكأنه يخبر هذه الحادثة لعدة ثواني أو لعدة أيام سواء بالأفكار أو الكوابيس . ثم تجنب المثيرات المرتبطة بها ، والتي تتضمن الأفكار والمشاعر والمواقف أو الأنشطة . وما يترتب عليه من زيادة الاستئارة التي تتضمن الأرق ، العصبية ، الليقطة للزئدة ، وقلة التركيز . ويختلف هذا الاضطراب عن رد الفعل للعادي للمواقف الضاغطة من حيث مستوى الضغوط واستمرار الأعراض (غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٢ ، ٤٢٤ - ٤٢٥) .

وبالنسبة للأطفال فقد أشارت كل من ميزا وموريس Masia & Morris (١٩٩٨) بأن هذا الاضطراب قد يحدث لهم ربما بعد الجراحة أو الاستغلال الجسدي أو الجنسي ، أو موت شخص عزيز على الطفل ، والتي يستجيب لها الطفل بالشعور بالخوف الشديد والقلق والبؤس ، نتيجة تعرضه للتهديد والأذى الجاد الذي يثير لديه القلق الشديد والعجز ، فتظهر عليه أعراض متكررة للشعور بالضيق وتذكر الحدث سواء بالأفكار أو اللعب ، بحيث يكون محور اللعب موضوع الحدث نفسه ، والأحلام التي تتضمن موضوع الصدمة ، مصحوبة

ببعض الأعراض الجسمية كزيادة ضربات القلب ونصبب العرق ، الذي يترتب عليه محاولة الطفل تجنب للمثيرات المرتبطة بالصدمة كالأنشطة ، والأماكن والناس ، وأحياناً يكون الطفل غير قادر على تذكر الأجزاء الهامة للصدمة . كما يكون أقل استمتاعاً بالأنشطة المختلفة ويشعر بالانفصال عن الناس ، وقد يكون لديه تخيلات سلبية عن مستقبله ، فلا يتوقع أن يعيش حياة سعيدة ويعمل ويتزوج ، وقد لا يستطيع الاستمرار والاستغراق في النوم فيكون سريع الغضب وتكرر لديه نوبات غضب ، ويجد صعوبة في التركيز ويكون متيقظاً للخطر (كولي Quille ، ١٩٩٨ ، ١٣ - ١٤) . الأمر الذي له تأثير على توافقه الشخصي والاجتماعي . (سيلفرمان والبن Silverman & Albano ، ١٩٩٦ ، ٥٧) و(كولي Quille ، ١٩٩٨ ، ١٤) .

وينكر Kauffman James . M (٢٠٠٥ ، 374) أنه في منتصف عام ١٩٩٠ تم تعريف بأن الضغوط الحادة وخبرات الحياة المهددة التي يمكن أن تظهر ليس فقط للاكتئاب فقط ، القلق ، المخاوف للمريضة أو أي ردود أفعال للأطفال لكن أيضاً نتيجة لضغوط ما بعد الصدمة ، وقد أشار Terr (١٩٩٠) إلى أربعة سمات أو خصائص شائعة تظهر لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وهي :

١. ذكريات بصرية متكررة عن الصدمة .
٢. سلوكيات متكررة التي ربما تكون مشابهة للوسوس ، والقهور .
٣. مخاوف مرتبطة خاصة بحدث الصدمة .
٤. تغير الاتجاهات نحو الناس والحياة أو المستقبل الذي يعكس مشاعر الحرجة .

٥. اضطرابات الوسواس القهري .

٦. انخفاض المستوى لاجتماعي والأكاديمي

اضطراب الضغوط الحادة : Acute Stress Disorder

ظهر هذا الاضطراب لأول مرة في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع ، حيث أظهرت الدراسات المسحية لاضحايا الكوارث وجود بعض الأعراض لدى الأفراد بعد حدوث الكارثة الصادمة مباشرة ، والتي اعتبرت مبدأ لأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، والمرتبطة بدرجةها المرتفعة بشدة التعرض للصدمة ، كما هو الحال في اضطراب ما بعد الصدمة فإن المحك هو تعرض الفرد لحادثة صادمة ، حيث يخبر الفرد أو يشاهد أو يجابه حادثة تتضمن تهديدا لسلامته أو سلامة آخرين بالموت أو الإصابة ويستجيب لها بمشاعر من الخوف الشديد والرعب والعجز . مصحوبة بعدد من الأعراض كزيادة الاستثارة وعدم الشعور بالراحة ، وانخفاض الوعي بالمحيطين . وأعراض هذا الاضطراب تكون ما بين يومين إلى أربعة أسابيع منذ وقوع الصدمة ، وإذا ما استمرت هذه الأعراض لأكثر من ذلك فإنها يمكن أن تشخص بحالة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (غريب عبد الفتاح غريب ، ١٩٩٩ ، ٤٢٥ - ٤٢٦) . وعليه فإن هذا الاضطراب يسبق اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والذي يبدأ مباشرة بعد حادث الصدمة ويمكن أن ينتهي ، ولكن إذا استمر لأكثر من أربعة أسابيع تحول إلى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة .

وتحدث كولي Quille (١٩٩٨ ، ١٥) عن هذا الاضطراب لدى الأطفال الذي يحدث خلال شهر من حادث الصدمة ويدوم ما بين يومين على الأقل إلى أربعة أسابيع ، ويحي تعرض الطفل لحادث صادم كالتهديد أو الإيذاء الجسدي الشديد وغيره ، والذي من شأنه أن يثير خوفاً وقلقاً شديداً وعجزاً ورعباً لدى الطفل سواء بعد أو خلال خبرة الصدمة . فيظهر الطفل عدد من الأعراض فيكون لديه إحساس بالانفصال عن الناس . وفي البداية قد يصبح أقل وعياً لمحيطه ويشعر أن ما حوله ليس حقيقياً ، وقد يكون غير قادر على تذكر الجوانب الهامة لحادث الصدمة ، ويشعر بالضيق الشديد عند تذكرها ، فيحاول تجنب الأشياء المرتبطة بها كالأفكار والمشاعر والناس والأنشطة والأماكن وحتى الحديث . فتظهر أعراض القلق كمشكلة النوم وحدة الطبع وضعف التركيز ، مما يؤثر على توافقه الشخصي والاجتماعي.

الصمت الاختياري : Selective Mutism

يعرف جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي (١٩٩٠ : ١٠٩٨ - ١٠٩٩) للصمت الانتقائي ، كما يطلقان عليه - تعريفاً معجمياً يلقي الضوء على طبيعته وبعض أسبابه ، بأنه اضطراب نادر يحدث في مرحلة الطفولة ، يتميز بالرفض المستمر للحديث في معظم المواقف الاجتماعية ، بما فيها مواقف الدراسة ، على الرغم من قدرة الطفل على الكلام وعلى فهم اللغة ، ولا يحدث في هذه الحال أي من الاضطرابات الجسمية أو العقلية الأخرى . وقد تكون الحماية الأمومية الزائدة والبقاء في المستشفى لفترة أو الالتحاق بالمدرسة من العوامل التي تهيئ لهذا الاضطراب .

في حين يترجمه عبد العزيز الشخصي والنمطي (١٩٩٢) :
(١٦٢) في قاموسها للتربية الخاصة وتأهيل غير العاديين البكم -
الخرس الاختياري وينكر أنه أحد التصنيفات المذكورة في النظام
الثالث للجمعية الأمريكية للطب النفسي والمعنون بدليل تشخيص
الاضطرابات النفسية وإحصائها ، ويشير إلى أن هذا المصطلح يعني
رفض الفرد للكلام والتحدث بحيث قد يبدو غير قادر على السمع
والتحدث .

بينما يعرف خليل فاضل (١٩٩٦ - ١٦٠) الخرس الاختياري
بأنه حالة مرضية نفسية يعرفها أكثر أطباء النفس المختصين بالأطفال.
ويشخصونها على أنها الرفض الكامل للكلام خارج البيت ، أو في غير
محيط الأسرة أو الأقرباء ، ويعتبرها " خليل فاضل " حالة من حالات
لاضطراب العاطفي والانفعالي ، وأنها من أهم خصائص الأطفال
الذين يصابون بالخجل والحساسية الفائقة ، وعدم القدرة على إقامة
علاقات مع الآخرين سواء كانوا أطفالاً أم كباراً .

تحدث عنه بعض الباحثين مثل كل من ميزا وموريس Masia
& Morris (١٩٩٨) كأحد اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين
ضمن ما صدر عن الجمعية الأمريكية لاضطرابات القلق (١٩٩٨)
ووصفا فيه هذا الاضطراب بأنه كف الطفل عن التحدث في المواقف
الجديدة أو مع الغرباء بالنسبة له ، فهو يتحدث بحرية في المحيط
الأسري لكنه لا يتحدث في مواقف أخرى ، ويرتبط بهذا الاضطراب
شدة الخجل وصعوبة أداء الأنشطة الاجتماعية في المواقف المختلفة ،
وظهور نوبات الغضب والمعدلات العصبية وتكرار بعض السلوكيات

كتنظيم الأشياء ، وعادة ما يظهر هذا السلوك قبل من خمس سنوات ، ولكن المشكلة قد تلاحظ عند دخول الطفل المدرسة ، خاصة وأنه لا يرتبط بأسباب عضوية .

بينما تحدث عنه بشير الرشيد وآخرين (٢٠٠٠ ، ٢٤٢) ضمن اضطرابات التوظيف الاجتماعي لدى الأطفال في سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة بالكويت ، حيث أطلق عليه الخرس الانتقائي ، وذكر كظاهرة مرضية قد تبدو لدى الأطفال كرد فعل لسوء التوافق ، خاصة إزاء مواقف اجتماعية معينة ، وتتميز هذه الحالة بانتقائية ملحوظة في الكلام تحددها عوامل انفعالية ، بحيث يبدي الطفل كفاءة لغوية في بعض المواقف ويخفق في مواقف أخرى ، فيتكلم الطفل في المنزل أو مع الأصدقاء القريبين بينما يكون صامتاً أبكم في المدرسة ، أو مع الأشخاص الغرباء على الرغم من أنه يتمتع بمستوى عادي من الفهم اللغوي والكفاءة في التعبير بصورة كافية للتواصل الاجتماعي ، وعادة ما يرتبط هذا الاضطراب بالقلق الاجتماعي أو الانسحاب .

ويؤكد عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٢ ، ٣٣-٣٤) إنه يتعين على من يتصدى لتعريف هذا المصطلح أن يشير إلى عدة أمور منها :

١. أن رفض الكلام من قبل الطفل لا يكون دائماً ولكن تحت ظروف بيئية أسرية أو مدرسية معينة .
٢. أن رفض الكلام من قبل الطفل يكون عمداً وعن قصد .

٣. أنه نادر الحدوث في مرحلة الطفولة (حيث تصل نسبة حدوثه إلى أقل من ١ % من الأطفال المحولين لعيادات الإرشاد النفسي بالولايات المتحدة الأمريكية) ، كما لوحظ أنه يكثر بين الإناث .

ويبدأ اضطراب البكم الاختياري (التبكم) قبل سن الخامسة أو عند دخول الطفل المدرسة في سن السادسة ، وفي أغلب الحالات قد يستمر لبضعة أسابيع أو لبضعة شهور لكنه نادراً ما يستمر لعدة سنوات . ويترتب على الإصابة به توقف الطفل عن أداء أنواره الاجتماعية والمدرسية وإخفاقه في المواظبة على الذهاب إلى المدرسة لأنه يصبح متار مخربة زملائه .

ومن ناحية أخرى قد يصاحب البكم الاختياري بأعراض اضطراب الكلام مثل حدوث اضطرابات في ارتقاء عمليات النطق ، واضطرابات في الفهم والتعبير اللغوي ، كما قد يصاحبها الخجل الشديد والعزلة الاجتماعية والانسحاب أو رفض المدرسة أو سمات قهرية ، وكذلك يرتبط هذا الاضطراب بالسلبية ، أو الانفجارات الانفعالية أو سلوك العناد خاصة في داخل المنزل .

ويشير Kauffman James, M. (٢٠٠٥ ، 379 - 378)

إلى أن الطفل قد ينسحب من الكبار فقط أو من الأقران فقط وأحياناً يكون الصمت الاختياري هو استجابة للصدمة أو الإساءة له . لكنه يظهر كنتيجة للقلق الاجتماعي في أغلب الحالات ، والخوف المحدد من الحديث أمام الآخرين أو أمام مجموعة من الناس وغالباً ما يظهر الأطفال الذين لديهم صمت اختياري مشكلات سلوكية متعددة وضعف

وظائف الأسرة أو الاختلال الوظيفي للأسر وغالباً لا يبحث الوالدين عن مساعدة في تقييم وعلاج الصمت الاختياري . وقد استخدم في علاج هذه الحالة قوانين التعلم الاجتماعي بنجاح المتضمن التحصين التدريجي للخوف من الحديث والتعزيز الممتدج للحديث دون خوف .

ولاحظ كل من Brigham & Cole (١٩٩٩) الفهم غير الكافي للصمت الاختياري وحالة نادرة لكنها تحديات للمعلمين وفي بعض الحالات قد يتحدث الطفل طبيعياً دون الحاجة للعلاج ، ولول ررار للكبار قبل تطبيق العلاج هل سلوك الطفل هو مشكلة ملحة يجب أن يتم التدخل أم لا ؟ وعند البدء بالعلاج لابد من أن يعمل المعلم مع المختصين خاصة أخصائي اللغة وأعضاء الأسرة وكذلك تطبيق إجراءات النظرية السلوكية لتشجيع الطفل على الحديث في الصف .

سلوك رفض المدرسة : School Refusal Behavior

على الرغم من عدم وجود فئة تشخيصية خاصة لهذا الاضطراب ، فهو يعد كأحد اضطرابات القلق لدى الأطفال ، فقد يظهر هذا الاضطراب كأحد الأعراض المصاحبة لبعض تلك الاضطرابات ، فمثلاً قد يتجنب الطفل الذهاب للمدرسة خوفاً من الأنشطة الاجتماعية هناك أو لتحدث ألم للزملء ، فهنا قد يكون عرضاً للمخاوف الاجتماعية ، وقد يكون كذلك بالنسبة لقلق الانفصال الذي يظهر في الخوف من الابتعاد عن الوالدين وعن المنزل ، وبالتالي يرفض الذهاب للمدرسة (ميزا وموريس Masia & Morris ، ١٩٩٨ ، ٤ - ٥) .

وتشير Mary M . Jensen (٢٠٠٥ ، ١٦٩) إلى أن هذا السلوك عادة ما يرجع إلى قلق الانفصال ، حيث يشعر الأطفال بالقلق عند الابتعاد عن الوالدين للذهاب للمدرسة خلال مراحل العمر الصغيرة وينشر هذا الاضطراب من ٢ - ٥ % من أطفال المدارس ويحدث خاصة عند فترة الانتقال من مكان إلى آخر . وقد يظهر لدى المراهقين عند الانتقال من المرحلة الابتدائية إلى الإعدادية وهكذا وتظهر مخاوف الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في الحالات التالية البعد عن الوالدين والذهاب باللباس أو الأكل في الكافتيريا واستخدام غرف الاستراحة في المدرسة ومناداتهم في الفصل أو تغيير ملابس المدرسة بملابس الرياضة والتفاعل مع التلاميذ أو المعلمين الآخرين .

في حين تحدث باحثون آخرون عنه كأحد المخاوف النوعية أو الخاصة التي توجد لدى الأطفال ، فمنهم من أطلق عليه الخوف المرضي من المدرسة School Phobia وهو يقترب من مفهوم رفض المدرسة School Refusal (عاجس محمود عوض ، محدث عبد الحميد ، ١٩٩٠ ، ٤٨) . وهناك من يسميه بالخوف المدرسي School Phobia والذي يشير إلى أحد أنواع الخوف بشكل عام (جاسم الكندري ، راشد سهل ، ١٩٩٢ ، ٣٩٢) . ومن يطلق عليه فوبيا المدرسة (نيفين مصطفى زيور ، ١٩٩٨ ، ١٥٠) .

وعلى الرغم من اختلاف المسميات أو المصطلحات إلا أنها كلها تشير إلى الخوف المرضي من المدرسة ، فالسمة المميزة لهذا الاضطراب هي التردد وعدم الرغبة ورفض الذهاب للمدرسة ، حيث

تظهر على الطفل بعض الأعراض الجسمية كالنقيض العصبي ، وآلم الرأس والمعدة ، والإسهال ، وقد يبكي الطفل ويتوسل لوالديه حتى لا يذهب إليها (ميزا وموريس Masia & Morris ، ١٩٩٨ ، ٤ - ٥).

وينتشر هذا الاضطراب بدرجة ملحوظة بالمراحل الدراسية الأولى والذي يتمثل في الخوف الشديد من الذهاب للمدرسة أو حتى ذكر اسمها ، فيحتال الطفل وينتحل الأعذار لعدم الذهاب أو قد يرفض بصراحة وبإصرار ، وغالباً لا يكون السبب في المدرسة بل في وجود تلاميذ يخشى عدوانهم أو مسخريتهم أو مدرسين يهدونه بالعقاب ، وأحياناً يكون السبب في المنزل الذي تتوفر فيه الحماية الزائدة والتدليل المفرط ، فيتمسك الطفل بالبقاء في المنزل كارهاً للمدرسة التي لا يتوفر بها هذه المعاملة (دري حسن عزت ، ١٩٩٠ ، ١٤٩) .

وترى نيفين مصطفى زيور (١٩٩٨ ، ١٥٠) أن هذا الاضطراب ينتشر بين التلاميذ المجتهدين بقدر ما ينتشر لدى غيرهم من التلاميذ المتأخرين دراسياً ، حيث يبدي بعض الأطفال أسباب مقنعة تبرر تصرفاتهم ، بينما يخفق البعض الآخر في إعطاء سبب واضح للرغبة في تركه للمدرسة .

ويرى ب . ب وولمان (١٩٨٥ ، ٦٥) أنه يمكن أن يفسر رفض المدرسة والخوف منها لدى الأطفال ، في ضوء شعورهم بالصراع القائم بين الرغبة في التحصيل والتفوق والخوف من المدرسة ، حيث يشعرون أنه لا ضرورة لها ولا مبرر لعقاب الوالدين . أو في ظل قلق الانفصال والمبالغة في تقدير الذات ،

واشتراط المثير والاستجابة (جاسم الكندري ورشد سهل ، ١٩٩٢ ، ٤٤ - ٤٦) . في حين قدم كل من عباس محمود عوض ، محدث عبد الحميد (١٩٩٠ ، ٥٨ - ٥٩) في دراستهما للخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال ثلاثة عوامل هي الخوف من المدرسة والرغبة في البقاء في المنزل كعامل عام ، ثم الخوف من المدرسين ومن الامتحانات .

وأوضح رياض نايل العاسمي (١٩٩٥) في دراسته التي تناول خلالها العوامل النفسية والأسرية والاجتماعية والمدرسية الشعورية واللاشعورية التي تسهم في ظهور هذا الاضطراب لدى الأطفال المتمثلة في الخوف من العدوان الخارجي والصراعات الناتجة عن إغبياطات وضغوط يتعرض لها في البيئة الأسرية ، فيبدو عدم إشباع حاجته إلى الإحساس بالأمان والانتماء الذي يفتقر بمشاعر الحزن والاكتئاب وانخفاض التوافق العام للشخصي والاجتماعي لدى الطفل .

أعراض القلق :

كما يؤدي القلق وظائف مفيدة في الظروف السوية بوصفه نذير خطر أو تهديداً ينشط الكائن الحي ، يكون بمثابة جهاز إنذار مبكر من الناحية النفسية ، فإذا صدر الإنذار عن الجهاز ساعد ذلك على عملية التكيف مع البيئة ، إذ يصبح للفرد عندئذ أكثر إدراكاً للملابسات والظروف من حوله (ريتشاردم ، ١٩٨٨ ، ٣٢٢) . فقد يمثل عرض القلق عنصراً مشتركاً في أغلب الاضطرابات النفسية ، فهو المؤشر الأول لوجود صراع يهدد الذات ، وهو الذي ينبه الأنا وينذره فيجمع ما لديه من

حيل دفاعية لتخفيف حدة القلق . وتبدو الصورة المميزة للقلق لدى الأطفال في كثرة الحركة وعدم الاستقرار ، وتشتت الانتباه ، وسرعة التقلب المزاجي وعدم المثابرة ، مما يؤثر على قدراتهم الدراسية وعلى سلوكهم مع زملائهم ومدرسيهم ، وفي بعض الاضطرابات الفسيولوجية كاضطراب النوم ، حيث يجد الطفل صعوبة في بدء نومه ، وقد ينام ويصحو خائفاً بعد بداية النوم أو في وسط الليل بسبب حلم مزعج أو بدونه ، وفي اضطراب الطعام كأن يرفض أو يتعجل أكله مما يترتب عليه اضطراب في الهضم . ويأخذ القلق إما صورة حالة مزمنة ومستمرة ، أو صورة نوبات قلق أكثر حدة ومحددة زمنياً قد تصل في حداثها إلى درجة الرعب (محمد شعلان ، ١٩٧٩ ، ٧٣ - ٧٥) . فالطفل المقلق ليس لديه مشكلة خارجية ، فالمشكلة هي الطفل نفسه وشخصيته ككل فهو لا يخاف شيئاً بعينه ، إنما يخافه إحساس عام بعدم الأمان ، والذي يؤثر تأثيراً ضاراً على سلوكه بصفة عامة ، مما يسبب إعاقة تعرقل تعلمه إلى جانب بعض المشكلات الاجتماعية (عبد الرحمن سليمان ، ١٩٨٨ ، ١٦) . ويستثار شعور الخوف لدى الطفل المقلق بسهولة ، فيبدو وكأنه يبحث عن أشياء تثير اضطرابه ، فهو فريسة سهلة للمرض والتكدر ولديه قلق زائد تجاه مواقف الحياة اليومية التي عادة لا تثير اهتمام الآخرين (شارلز وهوارد ، ١٩٨٩ ، ١١٣) .

فيبدو تأثير القلق على الذات في تقييم الطفل لذاته ، والتحدث إليها بطريقة أكثر سلبية ، والمتضمن استحواذ فكرة الخوف من الأذى وتوقعاته السلبية (كيندال Kendall ، ١٩٩٤ ، ١١ - ١١١) . فتظهر الحساسية الزائدة والمخاوف غير الواقعية ، ونقص الثقة بالنفس والخوف من

المواقف الجديدة (أحمد عبد الخالق ، مایسة النیال ، ١٩٩٠ ، ٢٤) . هذا الأمر يؤدي إلى اضطرابات سلوكية كقضم الأصابع ومص الأصابع والتبول اللاإرادي وغيرها (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ٦٦) . وقد يظهر قلق شديد نحو الانفصال والتقييم الاجتماعي (بيرن Perin ، ١٩٩٧) أو نوبات هلع وخوف من الأماكن الممتعة ، ومن الأذى الجسمي ، والوسواس القهري ، والقلق الزائد ، ولأن أكثر هذه الأعراض شيوعا لدى الأطفال هي المخاوف الاجتماعية وأقلها الوسواس القهري والتي تظهر لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور (سبنس Spence ، ١٩٩٧ ، ١٩٩٨) .

وكثيرا ما يبدو على الطفل القلق أعراض الاكتئاب ، وذلك كما لوضحت نتائج بعض الدراسات ، كدراسة ستراس وآخرين Strauss et al (١٩٨٨) والتي تناولت من خلالها العلاقة بين القلق والاكتئاب ، وأشارت إلى أن ٢١% من الأطفال القلقين لظهروا اكتئابا مزمن . ثم دراسة أوليندك وآخرين Ollendick et al (١٩٩١) والتي تناولوا من خلالها العلاقة بين الخوف والقلق والاكتئاب لدى الأطفال ، حيث أثبتت أن هناك علاقة بين الخوف والقلق ، وبين القلق والاكتئاب لدى الأطفال . وكذلك دراسات كل من كولي وآخرين Cole et al (١٩٩٧-١٩٩٨) التي تناولوا من خلالها الكشف عن العلاقة بين القلق والاكتئاب لدى الأطفال وأكدت على تلك العلاقة .

كما يرتبط باضطرابات القلق أعراض معرفية ، كالإدراك السيئ المتمثل في الذاكرة المشوشة ، والشعور بعدم الواقعية واليقظة الزائدة ، والوعي بالذات ، وصعوبة التركيز والانتباه . وفي المفاهيم المعرفية

المحرفة ، والخوف من الأذى الجسدي والموت والتقييمات السلبية (بيك واميري Beck&Emery ، ١٩٨٥ ، ١٩-٢٣) . فالأطفال لديهم كثير من الأفكار السلبية خاصة مرتفعي القلق (البشيري وآخرين Leithenbery et al ، ١٩٨٦) . ويكونون في بعض الأحيان أكثر تشبثا ولديهم أفكار حول فقد التحكم والأذى الجسدي والاجتماعي معاً (شامبلز وجيليس Chamblless & Gillis ، ١٩٩٣ ، ٢٤٨) . فيظهر لديهم توقع الكوارث واللوم القاسي للذات والآخرين ، وابتغاء الحلول الكاملة كأفكار مرتبطة بسمة القلق في مرحلة الطفولة ، في حين تظهر فكرة طلب الاستحسان كفكرة لاعتلاقية مرتبطة بحالة القلق (محمود السيد عبد الرحمن ، معتر سيد عبد الله ، ١٩٩٤ ، ٤٤٣) . وكثيرا ما يرى الطفل القلق بأن الأحداث السلبية سوف تحدث للآخرين أكثر من حدوثها له (دالنش وآخرين Dlagleishish et al (١٩٩٧) .

الفصل الثاني

الإرشاد المعرفي السلوكي

الفصل الثاني

الإرشاد المعرفي السلوكي

مقدمة :

لقد زاد الاهتمام في العقد الأخير من القرن الحالي بتقييم وعلاج اضطرابات القلق لدى الأطفال ، حيث استخدم الباحثون مدى واسعاً من نظريات تقييم السلوك والعلاج للعمل مع كل من الكبار والصغار . فاستخدمت إجراءات وفنيات تعديل السلوك المختلفة مع الأطفال ذوي اضطرابات القلق ، حيث استخدم التعزيز في خفض المخاوف المرضية لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة كما جاء في دراسة رحاب صديق (١٩٩٩) ، والتحصين التدريجي وللعاب غير الموجه لعلاج للمخاوف المرضية من المدرسة كما ورد في دراسة عبد الرحمن سليمان (١٩٨٨) ، ثم التغذية الراجعة الحيوية لخفض القلق لدى الأطفال كما جاء في دراسة فينك وآخرين Wenk et al (١٩٩٥) ، حيث أثبتت تلك الإجراءات فاعليتها في خفض تلك الاضطرابات لدى الأطفال .

أيضا استخدمت نظرية التعلم الاجتماعي وتطبيقاتها في علاج تلك الاضطرابات لدى الأطفال ، كالسيكودراما لخفض القلق في دراسة محمد غريب (١٩٩٩) ، ولخفض القلق والخوف والغضب والجمود الانفعالي في دراسة أسماء غريب إبراهيم (١٩٩٤) ، ثم في خفض العدوان واضطراب التجنب وقلق الانفصال في دراسة عزة عبد الجواد (١٩٩٠) ، والتشكيل بالأنموذج لعلاج القوييات في دراسة صلاح الدين عراقي

(١٩٨٥) . واستخدم إجراءات أخرى كالرسم الحر والموجه في دراسة منحت أطفاف (١٩٨٩) ، ثم اللعب التمثيلي في دراسة كل من فوزي (١٩٩٤) ، وميلوس ورييس Milos & Reiss (١٩٨٢) لخفض قلق الانفصال وأثبتت هذه الأساليب والإجراءات فاعليتها في خفض تلك الاضطرابات . وقد استخدم العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال ، حيث يعد الأكثر حداثة في مجال تطور إجراءات التقييم والعلاج ، وذلك بعدما أظهرت النظريات المعرفية فكرة أن الفرد يدرك للعالم من خلال بناءه المعرفي ، وهذا ما أسماه بيك Beck (١٩٧٦) بالمخطط الذي يؤثر على الإدراك والسلوك معاً (كيندال ولوشمان Kendall & Lochman ، ١٩٩٤ ، ٨٤٥) .

فالسمة المميزة لهذا العلاج هو التركيز على العمليات المعرفية لرو الأحداث الخاصة كوسائط لتغير سلوك الطفل ، وأفكار الطفل ، ومشاعره ، وتصريحات الذات والتي تؤدي دوراً هاماً في حدوث الاضطراب . (ميشلون وارشر ، Micgelson & Acher ، ١٩٨٧ ، ١٤٩) . وهذا يتفق مع ما أشار إليه بعض الإكلينكيين والباحثين ، من أن قلق مرحلة الطفولة هو بناء متعدد الأبعاد ، ويظهر ليس فقط في مظاهر نفسية وسلوكية فحسب ولكن في مظاهر معرفية ، في صورة أفكار متنوعة لدى الأطفال القلقين ، كأفكار الشعور بالخوف من الإصابة ، وفقد الذات ، وتوقع الأخطار والنتائج السلبية القاسية ، والاهتمام الزائد بتقييم الآخرين ، وسوء الإدراك للبيئة ، والتعقيم الزائد . (كيندال ولوشمان Kendall & Lochman ، ١٩٩٤ ، ٨٤٩) . (ايسن وكارني Eisen & Kearney ، ١٩٩٥ ، ٢٧٨) . وهذا ما أكدته عدد من الباحثين أمثال بيك وآخرين

Beck et al من الاستجابات المعرفية السينة التوافق للأفراد الذين يعانون من القلق . (لاست وآخرين Last et. al . ١٩٨٣ ، ٢٠) .

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي للأطفال كما هو الحال مع الكبار على افتراض مؤداه أن السلوك تكيفي يمكن تغييره ، وأن هناك تفاعلاً بين أفكار الفرد ومشاعره وسلوكه ، فالتوجه الأساسي في هذا العلاج ، يتجه نحو فهم طبيعة ونمو الأنماط السلوكية للفرد والمصاحبة لها في النواحي المعرفية ، وهي مجموعة من المعارف والمعتقدات والاستراتيجيات التي توظف المعلومات بطريقة تكيفية . (إبراهيم علي إبراهيم ، ١٩٩٧ ، ٣٠٨-٣٠٩) .

وقد قدم كيندال Kendall (١٩٨٥/١٩٩١) الفروق بين التحريف المعرفي Cognitive Distortions والقصور المعرفي Cognitive Efficiencies ، فالقصور المعرفي يرجع إلى غياب التفكير ، فالأطفال مع القصور المعرفي ينقصهم تفسير المعلومات في المواقف التي يكون بها التفكير مفيداً ولا بد من تنمية أسلوب حل المشكلة لديهم ، وفي المقابل فإن التحريف أو التشويه المعرفي هو دليل على أن الأطفال يفسرون المعلومات ولكن في نمط متحيز أو مختل ، والذي يظهر في سوء الفهم وإدراك الموقف والبيئة بطريقة خاطئة ، والرؤية القاسية والناقدة للذات ، لذا يرتبط القلق والاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال ، ومن هنا يجب تحديد الأفكار الخاطئة وتعديلها (كيندال Kendall ، ١٩٩٣ ، ٢٣٦) .

وحدد عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣ ، ١١٩-١٢٠) أن هناك مصادر القصور المعرفي التي يرتبط ظهورها باضطرابات الطفولة ،

والمتعلقة في نقص المعلومات ، وقصور الخبرة والسذاجة في حل المشكلات ، وأساليب التفكير وما تتطوي عليه من أخطاء كاللتعميم والتطرف ، وما يحمله الطفل من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين والمواقف التي يتفاعل معها ، وتوقعاته السلبية . ثم قام عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) بتصنيف المعتقدات الفكرية الخاطئة التي من شأنها أن تؤدي إلى بعض الاضطرابات النفسية لديهم إلى فئتين من العوامل هما :

- عوامل متعلقة بمحتوى الأفكار والمعتقدات التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين ، وعن الحياة .
- عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات ، فعندما يفكر الفرد في حل مشكلة معينة أو فهمها ، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع ، وبالتالي يحدث الاضطراب ، ومن أمثلتها المبالغة في الميل لإدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها كنصور الخطر فيها ، ثم التعميم وهو أسلوب في التفكير يرتبط بكثير من الأنماط المرضية خاصة كالاكتئاب . وأخيرا التناقض والتطرف حيث يميل لإدراك الأشياء إما ببيضاء أو سوداء ، دون أن يدرك أن الشيء الذي قد يبدو في ظاهر الأمر سيئاً قد تكون فيه أشياء إيجابية (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ٢٩٦-٣١٣) .

وقد نال العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق في مرحلة الطفولة تدعياً تجريبياً ، لأنه خاطب التفكير والمشاعر والسلوك المرتبطة بالقلق ، ودمج ما بين الأساليب المعرفية والسلوكية ، لتحقيق الهدف النهائي المتمثل في أن يطور الطفل أطر التعامل مع مواقف القلق بطريقة

سهلة الضبط والتحكم ، فالعلاج هنا يركز على مساعدة الطفل لتنمية مهارات تفكير خاصة ويطبقها عند مواجهة مشورات الخوف أو القلق ، حيث يتم مساعدة الطفل على الوعي بأنماط التفكير السالبة التي تعيق أدائه ، وأخيرا تعلم للمهارات المعرفية والسلوكية (كنيدال وآخرون kendall et al ، ١٩٩٥ ، ٥٧٦) .

وهنا يجب أن يكون الطفل المشارك في هذا العلاج مدركا لمخاوفه وقلقه ، والتوقعات المختلفة للخوف (ماذا يفعل عندما يشعر بالخوف ؟) ، العناصر المعرفية (ماذا يعتقد أو يقول لنفسه في هذه الحالة؟ والعناصر النفسية (كيف يتأثر الجسم عندما يشعر بالخوف ؟) ، وأن تكون لديه حصيلة لفظية لتعديل تصريحات الذات السالبة ، ويستطيع أن يطبقها في المواقف التي يخبر فيها الخوف أو القلق . (مشيلون واشر Michelson & Ascher ، ١٩٨٧ ، ١٥٨) . فالجزء الهام هنا في هذا الأسلوب يتم إنجازه بتدريب الطفل على أفكار ، ثم على طرق جديدة في التفكير في حضور المعالج الذي يساعده في ذلك (سوثروم جيرو وآخرون ، Southram- Gerow et al ، ١٩٩٧ ، ١١٣) .

وقد استخدم هذا العلاج بفاعلية مع الأطفال والمراهقين ، في علاج كل من اضطرابات القلق ، واضطراب ضعف الانتباه ، والنشاط الزائد ، والاكتئاب ، والاندفاعية ، وصعوبات التعلم ، ومع الأطفال الذين يعانون من المرض المزمن (كنيدال Kendall ، ١٩٩٣ ، ٢٣٧) . وكذلك في علاج قلق الانفصال والقلق العام لدى الأطفال والوالدين ، ومخاوف الظلام لدى الأطفال (فرانس وبيدل Francis&Beidel ، ١٩٩٥ ، ٣٢٩) .

وقد أوضح كل من مارش March (١٩٩٥ ، ٣١٥-٣٢٢) وباريت وآخرين Barrett et al (١٩٩٦ ، ٣٣٢) ، بأن هناك العديد من الدراسات في مجال العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق لدى الأطفال ، والتي استخدمت بنجاح بعض الأساليب المعرفية والسلوكية كالتعرض في الواقع والاسترخاء والتحكم الطارئ ، ومهارات التحكم المعرفي ، ومن تلك الدراسات التي أثبتت فاعليتها هذا العلاج مع اضطرابات القلق لدى الأطفال واستمرروا تلك الفاعلية لفترة متابعة تصل إلى سنة أو أكثر بعد انتهاء العلاج ، والتي اعتمدت على البرنامج الذي قدمه كيندال وآخرين Kendall et al (١٩٨٩) وقيم بواسطة كاني وكيندال Kane & Kendall (١٩٨٩) ، وكيندال Kendall (١٩٩٤) .

حيث استخدم العلاج المعرفي السلوكي لخفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال واستمرروا تأثيره لفترة متابعة لمدة سبع سنوات في دراسة باريت وآخرين Barrett et al (٢٠٠١) ، واستخدم التعزيز المشروط والتحكم الذاتي والمساندة التعليمية في دراسة سيلفرمان وآخرين Silverman et al (١٩٩٩) ، والعلاج المعرفي السلوكي الجماعي والتدخل الوالدي في دراسة مغلوتس وآخرين Mendlowitz et al (١٩٩٩) ، ولعلاج الأطفال المراهقين المصابين بالقلق إلى المدرسة في دراسة كنج وآخرين King et al (١٩٩٨) ، ودراسة لاست وآخرين Last et al (١٩٩٨) . ولعلاج بعض اضطرابات قلق الطفولة في دراسة دانس وآخرين Dadd's et al (١٩٩٧) ، ولعلاج قلق الانفصال واضطراب التجنب والقلق العام كما في دراسات كل من كيندال وآخرين Kendall et al (١٩٩٧) ، وباريت وآخرين Barrett et al (١٩٩٦) ، وكيندال

موثر وم جيرو Kendall & Southam - Gerow (١٩٩٦) ، وتعديل
تصريحات الذات السلبية لاضطرابات قلق الانفصال والتجنب والقلق
الزائد في دراسة ترينول وكيندال Treadwell&Kendall (١٩٩٦) .

الفنيات المستخدمة في الإرشاد المعرفي السلوكي :

تتضمن برامج الإرشاد المعرفي السلوكي المقدمة للأطفال العديد
من الفنيات المعرفية والسلوكية ، وسوف نتناول بعض تلك الفنيات ،
خاصة المقدمة في برامج الإرشاد المعرفي السلوكي للأطفال ذوي
اضطرابات القلق . فتحدث ستراس Strauss (١٩٨٨ ، ٢٤٥) عن بعض
الفنيات المستخدمة والتي يمكن تدريب الأطفال القلقين عليها كفنية
الاسترخاء ، وتصريحات الذات الإيجابية ، والتحكم المعرفي . إضافة إلى
أسلوب حل للمشكلة ، والتعزيز المشروط ، والنمجة ، والتعرض في
الواقع (كيندال وآخرين Kendall et al ، ١٩٩١ م ، ١٤) .

ويرى كل من كيندال وآخرين Kendall et al (١٩٩٢ ، ٥٨)
بأن هناك مهارات متنوعة فعالة للتعامل والتحكم في القلق ، كمهارات
التعامل ، والاسترخاء ، والتخيل ، ومكافأة الذات ، وتعديل الإفصاح
الذاتي كفنيات معرفية ، ثم لعب الدور ، والتعرض كفنيات سلوكية يتم
تقديمها في البرامج المعرفية السلوكية لعلاج اضطرابات القلق لدى
الأطفال والتي تهدف إلى تدريب الطفل على بعض المهارات اللازمة
للتعامل مع القلق ، حيث يتضمن البرنامج ست عشرة جلسة ، ركزت
الجلسات التدريبية الثمانية الأولى على أربعة عناصر أساسية هي :

- الوعي برد فعل الجسم للقلق والأعراض الفسيولوجية له .
- إعادة الإنراكات والتقييم للحديث الذاتي لدى الطفل القلق .
- تطوير مهارات التعامل كحل للمشكلة وتعديل الإقصاح الذاتي .
- تقييم ومكافأة الذات .

في حين تضمنت الجلسات الثمانية المتبقية التعرض التدريجي في الواقع أو الخيال للمواقف المثيرة للقلق لدى الأطفال مؤكدين على أهمية العلاقة العلاجية بين المعالج والأطفال ودورها في نجاح البرنامج (Kearney et . al ، ١٩٩٢ ، ٧٤-٩٩) . ويضيف كارني وآخرين (Kearney et . al ، ١٩٩٥ ، ٩) إلى تلك التقنيات إعادة البناء المعرفي ، وتدريب الوالدين والتحكم الطارئ ، والتي يمكن استخدامها بشكل فردي أو جماعي ، ولذلك لمدة من ٥٠-٦٠ دقيقة أسبوعياً .

لما فرانس وبيدل Francis&Biedel (١٩٩٢ ، ٣٢٢-٣٣٠) فقد تحدثا عن برنامج الدمج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة الذي قدم بواسطة كيندال وزملائه Kendall & Colleagues ، والذي يهدف إلى تعليم الطفل كيف يخبر ويتعامل مع القلق . ويحاول خفض مستوى القلق لديه . وقد انقسم هذا البرنامج إلى قسمين حيث احتوى القسم الأول على ثماني جلسات تدريبية تضمنت الوعي بالاستجابات المختلفة لمشاعر القلق ، والإقصاح الذاتي بها ، مهارات حل المشكلة ، ثم بناء أطر التعامل واستخدام تقييم وتعزيز الذات، بينما احتوى القسم الثاني على ثماني جلسات لممارسة تلك المهارات والتعرض للمواقف المسببة للقلق واستخدام فنيات التعرض ،

والمنجزة والتحكم الطارئ ، وتدريب توجيه الذات ، وأسلوب حل المشكلة ، وتعديل الإفصاح الذاتي السيئ للتوافق .

وأكد كل من جنسبرج وسيلفرمان وكارتنس Ginsburg, Silverman & Kurtines (١٩٩٥ ، ٥٢٩-٥٣٧) على أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية في البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي المقدم للأطفال ذوي اضطرابات القلق ، لأنها طريقة هامة لمساعدتهم على التعامل مع مشاعر الخوف والقلق في مواقف التقييم الاجتماعي ، والتي يتم التدريب عليها عن طريق المنجزة والممارسة السلوكية ، وتتضمن مهارات الانتماسة والضحك ، وتحية الآخرين ، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية ، وتلبية الدعوات ، ومهارات التحدث والتعزيز اللفظي ، والاهتمام بالمظهر ، خاصة وأن الأطفال في هذا العلاج لديهم اهتمامات حول التقييم والأداء الاجتماعي . وقد وضعوا برنامجاً يتكون من اثني عشرة جلسة بواقع جلسة أسبوعياً لمدة (٤٥) دقيقة تقدم للأطفال ، وجلسة أسبوعياً للوالدين لمدة (١٥) دقيقة الذين يتم مقابلتهم بشكل منفصل عن أطفالهم ، حيث تركز الجلسة الأولى على مظاهر القلق لدى الأطفال كالحديث الذاتي والسلوك ، في حين تتضمن الجلسات الثانية إلى الرابعة التدريب على الاسترخاء ، واستخدام التعزيز ، ويتم التدريب على المهارات الاجتماعية في الجلسات الخامسة إلى السابعة ، وعلى مهارات التحكم الذاتي في القلق (تقييم ومكافأة الذات) في الجلسات الثامنة إلى العاشرة ثم مراجعة المفاهيم والمهارات المقدمة في البرنامج في الجلسات الحادية عشرة إلى الثانية عشرة .

لما من حيث فنيات برنامج التحكم في الذات لكل من سيلفرمان Silverman (١٩٨٩) وكيندال وآخرين Kendall et al (١٩٩٢) ، والذي يهدف إلى تدريب الأطفال على كيفية تعريف الإدراكات غير التوافقية وطرق التحكم في القلق ، من خلال مراقبة الذات Self Monitoring وتسجيل الأفكار والمشاعر والسلوكيات باستمرار ، ثم تقييم الذات Self Evaluation وهي خطوة هامة للعمل مع الأطفال القلقين ، فيجب أن يتعلم الأطفال تقييم سلوكهم في الاتجاه الإيجابي ، ووضع أهداف واقعية تسهل احتمال النجاح في المستقبل ونقل من محاولات الفشل ، وأخيرا تعزيز الذات Self Reinforcement بتقديم مكافأة للذات لاستخدام استراتيجيات العلاج (ايسن وكارني Eisen & Kearney ، ١٩٩٥ ، ١٥٣) .

ويشير هنا كانفر وكارولي Kanfer & Karoly (١٩٧٢) أن الهدف الأساسي لهذه الاستراتيجيات هو التركيز على زيادة القدرة على ضبط النفس من خلال مراقبة الذات وتقييمها وتعزيزها (جوزيف وروبرت ، ١٩٩٩ ، ١٣٠ - ١٣١) .

وقدم كل من هيلورد وكيندال Howard & Kendall (١٩٩٦ ، ٦) الاستراتيجيات العامة لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الأسري للطفل القلق ، والذي وصفه (١٩٩٠) ويهدف إلى زيادة قدرة الطفل على ملاحظة ردود الأفعال القلقة والأفكار المعرفية المرتبطة بالقلق ، واستخدام إجراءات الاسترخاء ، والواجبات المنزلية والنمذجة ، ولعب الدور ، والتعرض في الواقع والخيال للمواقف المثيرة للقلق . حيث يتكون هذا البرنامج من ست عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعيا مدة

كل منها من (٦٠ : ٨٠) دقيقة ، ركزت الجلسات الثمانية الأولى على تقديم مفاهيم القلق وأعراضه لدى الأطفال وأهداف هذا البرنامج ، ثم تعديل الحديث الذاتي المثير للقلق ، وأسلوب حل المشكلة والتدريب على الاسترخاء ، بينما ركزت الجلسات الثمانية المتبقية على الممارسة وتطبيق خطة التعامل مع القلق .

ثم قدم كل من سكوردر وكيندال Schroeder & Kendall (١٩٩٦ ، ١-٢) برنامجاً معرفياً سلوكياً جماعياً للأطفال للقلقين هدف إلى تزويد الأطفال المهارات اللازمة للتعامل بنجاح في المواقف المتنوعة المثيرة للقلق ، والذي لم يختلف عن برنامج كيندال وآخرين Kendall et al الذي قدمه (١٩٩٠) من حيث الهدف ومضمون الجلسات وعددها وزمنها ، واستخدم فيه التعرض وتدريب الاسترخاء ولعب الدور ، والنمذجة كغنيات سلوكية ، والتحكم الذاتي وحل المشكلة والواجبات المنزلية ، وتعديل الإقصاح الذاتي كغنيات معرفية .

وقد لخص كيندال Kendall خطة لإتباع التحكم في القلق والتي رمز لها بالحروف Fear ، حيث يشير كل حرف إلى :

- (F) وتعني Feeling Frightened وهي الشعور بالخوف ، حيث يطلب من الطفل أن يعرف إشارته الداخلية والجسمية الدالة على القلق ويتعلم مهارات الاسترخاء .
- (E) وتعني Expecting Bad things to Happened حيث يطلب من الطفل أن يذكر الأشياء والأفكار التي يقلق منها ، ويفكر في النتائج المرغوبة ويتعلم كيف يعرف القلق .

- (A) وتعني Actions and Attitudes هي الأفعال والاتجاهات التي قد يستخدمها الطفل لخفض أو التحكم في القلق .
- (R) وتعني Rate and Reward هنا يتعلم الطفل تقييم نتيجة عمله ثم مكافأة نفسه على النجاح للتدريجي الجزئي أو الكلي للتعامل مع القلق (كيندال وتريدول Kendall & Treadwell ، ١٩٩٦ ، ٢٨) .

هذا وقد اعتمد كثير من الباحثين على طريقة كيندال Kendall والفنيات المعرفية والسلوكية التي استخدمها في برامجه وأثبتت فعاليتها في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال ، واستمرار تلك الفعالية لمدة سنة أو أكثر من المتابعة ، ومنها على سبيل المثال دراسة دانس وآخرين Dadds et al (١٩٩٧) وباريت وآخرين Barrett et al (١٩٩٦) حيث قدموا برنامجاً للأطفال القلقين ووالديهم بعد أن أجرى تعديلات بسيطة على طريقة كيندال بما يتناسب والمجتمع الأسترالي ، والدراسات التي قام بها كيندال وسوثروم جيرو Kendall & Southaum - Gerow (١٩٩٦) ، وتريدول وكيندال Tread well & Kendall (١٩٩٦) والتي استخدم فيها تلك الفنيات وأثبتت فعاليتها واستمرار تلك الفعالية .

وعليه يمكن القول بأن الفنيات المعرفية والسلوكية المستخدمة في البرامج المعرفية السلوكية لخفض اضطرابات القلق لدى الأطفال ، تضمنت التحكم الذاتي ، وأسلوب حل المشكلة ، والمهارات الاجتماعية ، وتعديل الإقصاح الذاتي والتخيل كفنيات معرفية . وللتعرض والتدريب على الاسترخاء ، والنمجة ولعب الدور ، وإجراءات التعزيز كفنيات سلوكية .

دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي :

يؤدي أخصائي العلاج للمعرفي السلوكي عدداً من الأدوار عندما يعالج الأطفال والمراهقين ، فهو يعمل كمرشد ، ومشخص ، ومعلم ، فعليه أن يطبق أساليب العلاج المعرفي السلوكي في العلاج ، وأن يركز على عمليات الأفكار التي يعتقد أنها وسيط للقلق المرتبط بالسلوك ، وأفكار الطفل ، واعتقاده واتجاهاته ، والتعبير الذي هو مصدر رئيسي لمشكلة القلق (دروبس وستارون Drobos & Straun ، ١٩٩٣ ، ٧٨٩).

فدوره كمرشد في مساعدة الطفل على تنمية مهارات التفكير بشكل مستقل ، والتعاون معه في محاولة لحل مشكلته ، بتوليد الأفكار ، وتزويده بالافتراحتات وإعطائه فرصة مناسبة لاختبار هذه الأفكار دون إخباره ماذا يفعل ، وإيجاد الفرص المناسبة لتكريبه .

وكمشخص حيث يجمع المعلومات عن الطفل من مصادر متعددة، فمن طريق الطفل والوالدين والمدرسين ، حيث يدمج المعلومات التي حصل عليها في تحديد طبيعة الاضطراب وفي تخطيط التدخل المناسب للطفل .

وكمعلم حيث يعنى بالتكريب على المهارات وينصب اهتمامه على فهم إدراكات الطفل . فيعلم الطفل التشويه المعرفي ومدى تأثيره على سلوكه ، وتعليمه كيف يحل نماذج التفكير المشوهة أو الأفكار المحرفة ، ويضع مكانها نماذج تكيفية ، فهو يحاول تعليم الطفل التفكير الصحيح (ايسن وكارني Eisen & Kearney ، ١٩٩٥ ، ١٤٥) .

ومن خلال العرض السابق لمفهوم الإرشاد والبرنامج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق لدى الأطفال ، يمكن استخلاص وجهة نظر عامة للاسترشاد بها عند إعداد برامج الإرشاد المعرفي السلوكي للأطفال القلقين على الوجه التالي :

١. إن الإرشاد المعرفي السلوكي المستخدم يتعامل مع أفكار ومشاعر وسلوك الطفل ، ويجمع ما بين بعض الفنيات المعرفية والسلوكية .
٢. يقدم البرنامج المعرفي السلوكي المفاهيم والفنيات المعرفية في الجلسات الأولى ، والتي يتم تطبيقها في الجلسات المتبقية باستخدام فنيات سلوكية .
٣. يهتم البرنامج بالعلاقات والتفاعلات ما بين المرشد والأطفال ، والأطفال بعضهم البعض ، والتي يعتمد عليها نجاح البرنامج . ويخصص الجلسات الأولى من البرنامج لذلك .
٤. يستخدم البرنامج المعرفي السلوكي الإرشاد الجماعي والفردى للأطفال ، والذي يخدم أهداف إقامة واستمرار العلاقة بين المرشد والأطفال ، وهدف البرنامج نفسه .
٥. يتعاون في هذا البرنامج المرشد والأطفال ، حيث يتحملون جزء من المسؤولية من خلال قيامهم بأداء الواجبات المنزلية ومتابعة تطبيق المهارات المطلوبة بعد الجلسة .
٦. يقوم المرشد في البرنامج المعرفي السلوكي بدور مهم ، فهو مرشد يساعد الطفل على تنمية بعض مهارات حل المشكلة بشكل مستقل ، وكشخص يجمع معلومات متنوعة من مصادر متعددة عن الطفل ،

وكمعلم يدرّب الطفل على الحثيد من المهارات التي يتضمنها البرنامج.

٧. يتكون البرنامج من ست عشرة جلسة يتم تقسيمها إلى جلسات اكتساب مهارات وعددها ثماني جلسات ، وجلسات تطبيق المهارات وعددها ثماني جلسات ، تعقد أسبوعياً بواقع (٦٠ : ٨٠) دقيقة ، ويتخللها أربع جلسات منفصلة للوالدين ، إلا أنه يمكن أن تزيد الجلسات عن ذلك خاصة في الجزء الثاني من البرنامج حسب الحاجة لذلك .

الفصل الثالث

البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي

الفصل الثالث

البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي

مقدمة :

يخاطب هذا البرنامج أفكار ومشاعر وسلوك الطفل . ويدمج بعض الأساليب والتقنيات المعرفية والمتمثلة في أسلوب حل المشكلة والتحكم الذاتي والواجبات المنزلية ، مع بعض فنيات سلوكية كالتحصين التدريجي والاسترخاء والتعزيز ، ولتي يتم التدريب عليها باستخدام فنيات سلوكية أخرى كالتمنجة ولعب الدور .

مصادر إعداد البرنامج :

اعتمد في إعداد البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي على عدة مصادر تتضمن :

- مراجعة العديد من المصادر العربية الأجنبية التي تناولت موضوع علاج اضطرابات القلق لدى الأطفال ومنها : ميشلون وأشر Michelson & Ascher (١٩٨٧) ، كيندال Kendall (١٩٩٢) ، وكيندال وآخرين Kendall et al (١٩٩٢) ، ليسن وكارني Eisen & Kearney (١٩٩٥) ، وليسن وآخرين Eisen et al (١٩٩٥) ، مارش March (١٩٩٥) ، كيندال وتريدول Kendall & Treadwell (١٩٩٧) ، شوثروم جيرو وآخرون Southarm -

Silverman & Gergw et al (١٩٩٧) ، وسيلفرمان وكيرتنس)
Kurrines (١٩٩٦) .

■ الاطلاع على بعض البرامج الإرشادية العربية والأجنبية في خفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال ، حيث شملت المصادر العربية: برنامج صلاح الدين عراقي (١٩٨٥) ومحدث الطاف (١٩٨٩) ، عزة عبد الجواد (١٩٩٠) ، أسماء غريب إبراهيم (١٩٩٤) ، فوزي يوسف (١٩٩٤) ، صلاح عبد الغني عبود (١٩٩٥) ، ومحمد محمود محمد (١٩٩٥) فيصل الزراد (١٩٩٧) . أما المصادر الأجنبية فشملت : البرنامج الذي قام بإعداده شرودر وكيندل Schroeder & Kendall (١٩٩٦) وهو البرنامج المعرفي السلوكي للأطفال القلقين : دليل الأخصائي للعلاج الجماعي Cognitive-Behavioral Therapy For Anxious Children Therapist Manual For Group Treatment ، والبرنامج الذي قام بإعداده كيندل وآخرين Kendall et all (١٩٩٢) وهو العلاج المعرفي السلوكي للأطفال القلقين دليل الأخصائي Cognitive-Behavioral Therapy For Anxious Children : Therapist Manual ، وكراسات المهمات والواجبات المنزلية الخاص بالعلاج المعرفي السلوكي للأطفال القلقين والذي أعده كيندل Kendall (١٩٩٢) Coping Cat Workbook ، والبرنامج الذي قام بإعداده هوارد وكيندل Howard & Kendall (١٩٩٦) وهو خاص بالعلاج المعرفي السلوكي الأسري للأطفال القلقين دليل الأخصائي . Cognitive - Behavioral Family Therapy For Anxious Children : Therapist Manual

- الملاحظات أثناء الدراسة الاستطلاعية لإعداد وتطبيق المقياس .

أهمية البرنامج :

تتضح أهمية البرنامج الإرشادي فيما يلي

١. يساعد البرنامج الإرشادي على مواجهة المواقف المثيرة للقلق لدى الأطفال دون حدوث أي توتر قدر الإمكان .
٢. إسهام البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تعلم طريقة جديدة للتغلب على بعض المشكلات التي تواجه الأطفال في حياتهم من خلال استخدام بعض الأساليب المعرفية والسلوكية .
٣. يساعد هذا البرنامج أيضا على خفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال مما يسهم في تحقيق قدر من التوافق النفسي لديهم .

الحاجة إلى البرنامج :

لكن بعض البحوث والدراسات السابقة على أن الأطفال في هذه المرحلة يعانون من بعض اضطرابات القلق مما يسبب لهم الكثير من الاضطرابات النفسية كالصداع وسرعة ضربات القلب وضيق التنفس وغيرها ، إلى جانب الاضطرابات الاجتماعية والتي تتمثل في الانسحاب والتجنب من المواقف الاجتماعية ، إضافة إلى الاضطرابات الانفعالية التي تظهر في الشعور بالتردد والشك وعدم الثقة بالنفس وغيرها ، كذلك اضطرابات في عمليات التفكير والذاكرة ، كالاعتقادات السالبة والتقييم الخاطئ للبيئة وصعوبة تركيز الانتباه ، وفي الوقت ذاته دلت تلك

الدراسات أيضا على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق لديهم ، وذلك لما يوفره من فنيات متنوعة كالأساليب المعرفية والسلوكية التي تساعد الأطفال على تنمية أطر للتعامل مع المواقف المثيرة والمسيبة لاضطرابات القلق لديهم بطريقة سهلة الضبط والتحكم .

الأسس التي يقوم عليها البرنامج :

يرى سيد محمد صبحي (٢٠٠٠ : ١-٢) أنه عند بناء برامج الإرشاد المعرفي السلوكي فلا بد وأن تقوم على مجموعة من الأسس أو الركائز العلمية والفلسفية والتربوية ، والمتمثلة في :

١. الأسس العامة : قد روعي حق الطفل في التقبل دون قيد أو شرط وكذا حقه في الإرشاد النفسي ، كذلك قابلية السلوك للتعديل والتغيير .
٢. الأسس الفلسفية : استمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من النظرية المعرفية السلوكية بشكل عام ، إلى جانب اعتماده على الأسس الفلسفية العامة التي تتضمن مراعاة أخلاقيات الإرشاد وسرية البيانات.
٣. الأسس النفسية : روعي للخصائص العامة للنمو في هذه المرحلة والخصائص المميزة لها والفروق الفردية بين الأطفال في هذه المرحلة .
٤. الأسس التربوية : روعي أن يكون الهدف واضحا لا يخرج عن الهدف العام الذي تتطلع إليه المدرسة وهو تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للأطفال .

٥. الأسس الاجتماعية : استخدم أسلوب الإرشاد المعرفي السلوكي ، حيث أظهرت بعض الدراسات أن هذا الأسلوب ذو فاعلية في العلاج بطريقة جماعية وفردية ، وذلك حسب ما تتطلبه طبيعة كل جلسة وظروف كل طفل .
٦. الأسس الفسيولوجية والعصبية : استخدم فنية التحصين التدريجي ، وما تتضمنه هذه الفنية من تدريب الاسترخاء العضلي ، حيث تم مراعاة تلك الأسس التي تساعد الجسم على الوصول إلى حالة الاسترخاء الكامل .
٧. الأسس الإدارية : والتي يتضمن تهيئة المناخ الإداري المناسب من المكان والأدوات والوسائل اللازمة للتطبيق .

الخدمات التي يقدمها البرنامج :

يقدم البرنامج عددا من الخدمات منها :

١. الخدمات الإرشادية والعلاجية : تتمثل في خدمات مباشرة ، وخدمات غير مباشرة ، فالخدمات المباشرة تتمثل في مساعدة الأطفال على خفض بعض اضطرابات القلق لديهم ، أما الخدمات غير المباشرة فهي تتضمن مساعدة وتوجيه وإرشاد أمهات الأطفال في كيفية التعامل مع أطفالهن ، وأيضا إرشادهم ومساعدتهم على الحصول على بعض الخدمات الإرشادية والنفسية لهم ، وإخوة أطفالهن خاصة في بعض حالات التنكك الأسري .
٢. الخدمات الوقائية : يقدم البرنامج خدمة وقائية مهمة ، حيث يتم تدريب الأطفال على استخدام فنية التحكم الذاتي وأسلوب حل المشكلة

والاسترخاء في المواقف التي تواجههم في الحاضر وكيفية التغلب على قلقهم في المستقبل .

٣. الخدمات التربوية : وتمثل في تحسين التحصيل الدراسي والأداء بالمدرسة بشكل عام بطريقة غير مباشرة ، وذلك باستخدام الأطفال لما تعلموه في الجلسات أثناء فترة الامتحانات كالتحكم الذاتي والاسترخاء ، لما لهذه التقنيات من فعالية في خفض مستوى القلق لديهم .

٤. الخدمات الاجتماعية : وتمثل في تدعيم العلاقات بين الأطفال خلال الجلسات الأولى أثناء تدريبهم على فنيات البرنامج ، وذلك من خلال التفاعل الاجتماعي المستمر بينهم خلال كل جلسة وتدعيم العلاقات بينهم ، والاهتمام بالمناسبات الخاصة بهم ، كأعياد الميلاد ، والنجاح في المدرسة ، والمناسبات الأسرية السعيدة ، وتبادل الهدايا وبطاقات المعايدة .

٥. الخدمات الترويحية : وتمثل فيحث الأطفال على استغلال أوقات فراغهم في ممارسة الأنشطة الرياضية والفنية والاجتماعية ، وإرشادهم إلى بعض المراكز الموجودة في الدولة لتنمية هواياتهم ومواهبهم في الرسم والرياضة ، إضافة إلى إقامة الحفلات بين كل فترة وأخرى للأطفال وأمهاتهم أثناء تطبيق البرنامج وأثناء المتابعة .

٦. خدمات متابعة : وتمثل في المتابعة لكل خطوة من خطوات البرنامج للوقوف على التأثيرات التي أحدثها البرنامج في الأطفال ، والمتابعة لهم في كافة شئونهم الأسرية والمدرسية والسؤال لديهم عنهم وعن أسرهم .

٧. خدمات إيسقية : وتتمثل في الاهتمام باهتمامات الأطفال ومشاركتهم في كافة الأنشطة التي يحبونها وتقبل الأطفال في جميع حالاتهم النفسية وحل المشكلات التي تواجههم كلما أمكن .

التخطيط العام للبرنامج :

تشمل عملية التخطيط العام للبرنامج على تحديد الأهداف العامة والإجرائية ، ومحتواه العملي ، والإجرائي ، والاستراتيجيات ، والأساليب المتبعة في تنفيذه ، وتقييم الجلسات الإرشادية ، وتحديد المدى الزمني للبرنامج ، وعدد الجلسات الإرشادية ، ومدة كل جلسة ، ومكان إجراء البرنامج ومن ثم تقييم البرنامج ككل .

(١) أهداف البرنامج :

تتقسم أهداف البرنامج إلى قسمين :

الأهداف العامة والتي تتحدد في هدفين :

- هدف علاجي : حيث يهدف إلى خفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال من خلال تدريبهم على استخدام بعض الأساليب المعرفية والسلوكية المتضمنة في البرنامج .
- هدف وقائي : حيث يكتسب الأطفال بعض الفنيات المعرفية والسلوكية التي تساعدهم على مواجهة المواقف المثيرة للقلق لديهم في المستقبل .

الأهداف الإجرائية :

وتتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل المثمر داخل الجلسات ومن خلال القيام بأداء الأنشطة داخل الجلسة ، والواجبات المنزلية والتي يكلف بها الأطفال والمتعلقة بالمواقف المثيرة للقلق لديهم واستخدام الاسترخاء ، وتتلخص الأهداف الإجرائية فيما يلي:

١. التعرف على الدور الذي يؤديه القلق في الحياة وما يسببه من مشكلات .
٢. اكتساب المهارات اللازمة للتعايش بنجاح مع المواقف المتنوعة المثيرة لبعض اضطرابات القلق لديهم ، باستخدام بعض الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تم تعلمها في البرنامج .
٣. التدريب على استخدام بعض الأساليب السلوكية والتي تم تعلمها أثناء تطبيق البرنامج وتساعد في التغلب على المواقف المسببة لاضطرابات القلق ، وهي التحصين التدريجي والاسترخاء .
٤. التعرف على الدور الذي يؤديه الاسترخاء العضلي في خفض التوتر والقلق ومن ثم التدريب على استخدامه في مواجهة المواقف المثيرة لاضطرابات القلق لديهم .

٢) الإعداد المبدئي للبرنامج :

١. مراحل تطبيق البرنامج :

يمر البرنامج بأربع مراحل وهي :

المرحلة الأولى : التي يتم من خلالها التعرف ، والتمهيد ، وتبادل المعلومات الشخصية بين الأطفال ، وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه وذلك في الجلسة الأولى والثانية .

المرحلة الثانية : وهي المرحلة المعرفية والتي هدفت إلى تقديم خطة التظلم على القلق من خلال تقديم المفاهيم النظرية والمهارات المعرفية للتحكم في القلق ، ويتم ذلك خلال الجلسات الثلاثة إلى الخامسة عشرة .

المرحلة الثالثة : وهي المرحلة السلوكية وهدفها تقديم تلك الإجراءات وممارستها بعد تقديم المفهوم النظري لها ، وذلك من خلال الجلسات السادسة عشرة إلى السابعة والعشرين .

المرحلة الرابعة : وهي المرحلة الختامية وهدفها تلخيص أهداف البرنامج ، وتقييم وتهيئة الأطفال لإنهاء البرنامج ، وذلك في الجلسات السابعة والثامنة والعشرين .

ب . الأسلوب الإرشادي المستخدم في تنفيذ البرنامج :

استخدم أسلوب الإرشاد الفردي والجماعي في تنفيذ هذا البرنامج ، حيث كانت أغلب جلسات البرنامج جماعية ، بحيث لا يقل عدد الأطفال في المجموعة الواحدة عن خمسة على الأقل ولا يزيد عن عشرة ، وذلك حتى يسهل توجيههم بشكل مناسب وإتاحة الفرصة لهم بالمشاركة والتفاعل ، وبالتالي يمكن تكوين علاقات فيما بينهم إضافة إلى تسهيل عملية تقييم مستوى أدائهم . أحيانا فردية عند استخدام التحصين حيث كانت بعض جلسات فردية خاصة بقلق كل طلة وجماعية خاصة بالقلق الشائع بين الأطفال .

ج . الوسائل المستخدمة في البرنامج :

استخدم الوسائل الآتية :

- شريط تسجيل للتدريب على الاسترخاء .
- أوراق عمل متنوعة تخدم أهداف جلسات البرنامج .
- شريط تسجيل لملخص البرنامج المقدم لكل طرفة .

٣) المدى الزمني للجلسة :

استغرقت الفترة الزمنية لكل جلسة ما بين (٤٥-٥٠) دقيقة
بمعدل ثلاث جلسات أسبوعيا .

٤) محتوى الجلسات :

لقد تم لقاء محتوى جلسات الإرشادية بناء على الأهداف
التي تم تحديدها في البرنامج ، وكذلك الإجراءات العملية بما تتضمنه
من الفنيات والأسلوب الإرشادي والوسائل المستخدمة ، والجدول رقم
(١) يوضح محتوى جلسات البرنامج وعددها وزمن كل جلسة
والفنيات المستخدمة في كل جلسة .
وقد روعي مجموعة من المعايير في اختيار محتوى الجلسات
وهي :

- استخدام الألفاظ والعبارات الواضحة والمفهومة لدى الأطفال في
هذه المرحلة .
- تقديم المفاهيم والمهارات التي يتضمنها البرنامج في ترتيب
منطقي متسلسل من البسيط إلى الأكثر تعقيدا .

- مراعاة خصائص الأطفال في هذه المرحلة بما يتناسب مع الخصائص النمائية لهم ، وتنوع أغنيات وإجراءات البرنامج بما يساعد على اجتذاب الأطفال وزيادة دافعيتهم ، في مبدئ تحقيق أهداف البرنامج .
- تنظيم أهداف وأسلوب الجلسات بحيث يشجع الأطفال التعبير عن مخاوفهم وقلقهم ومشاعرهم المختلفة مع احترام خبرات وآراء أعضاء المجموعة .
- استخدام الألعاب والأنشطة الترفيهية لتعزيز الترابط والتفاعل بين أعضاء المجموعة الواحدة .
- تصميم أنشطة الجلسات والواجبات المنزلية على أساس تطبيق ما تم تعلمه في كل جلسة .

ولتبع عند تدريب الأطفال على مهارات البرنامج الإرشادي الخطوات الآتية :

- تقديم نموذج للمفاهيم والمهارات الجديدة في كل جلسة .
- دعوة الطفل للمشاركة في الأداء .
- تشجيع الطفل على الأداء بشكل مستقل .
- تحديد جلسات فردية في حالة غياب أحد الأطفال للتدريب على المهارات التي تضمنتها الجلسة بحيث تحضر قبل الجلسة بنصف ساعة على الأقل .

جدول (١)

محتوى وعدد ومدة جلسات البرنامج

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	التقنيات السلوكية	التقنيات المعرفية
الأولى	تعريف	١	٥٠ دقيقة	التعزيز	
الثانية	عرض محتوى البرنامج	١	٥٠ دقيقة	لعبة الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
الثالثة	المشاعر والانفعالات في مواقف الحياة اليومية	١	٥٠ دقيقة	لعبة الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
الرابعة	الإشارات الجسمية للمشاعر والانفعالات المختلفة	١	٥٠ دقيقة	لعبة الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية الإصحاح الذاتي
الخامسة	مشاعر الخوف والقلق	١	٥٠ دقيقة	لعبة الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية الإصحاح الذاتي
السادسة	مشاعر وانفعالات الخوف والقلق لدى الأطفال والاستجابات الجسمية لها	١	٥٠ دقيقة	لعبة الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية الإصحاح الذاتي
السابعة	التدريب على الاسترخاء	١	٥٠ دقيقة	لعبة الدور للنمذجة والتعزيز/تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية الإصحاح الذاتي
الثامنة	الحوار الذاتي ودوره في المواقف المثيرة للقلق	١	٥٠ دقيقة	لعبة الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
التاسعة	تحول الحديث الذاتي السلبي إلى حديث ذاتي إيجابي	١	٥٠ دقيقة	لعبة الدور للنمذجة والتعزيز/تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية الإصحاح الذاتي

تابع جدول (١) محتوى وعدد ومدة جلسات البرنامج

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	الفنيات السلوكية	الفنيات المعرفية
الجلسة المباشرة والحادية عشرة	تتمية أسلوب حل المشكلة للتحكم في القلق	١	٥٠ دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية أسلوب حل المشكلة
الثانية والثالثة عشرة	التقييم والمكافأة الذاتية ودورها في التحكم في القلق	٢	٥٠ دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	تقديم ومكافأة الذات الواجبات المنزلية *
الرابعة والخامسة عشرة	تقديم خطة التخطب على القلق	٢	٥٠ دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
السادسة عشرة	التحصين التدريجي	١	٥٠ دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز التحصين التدريجي	التحكم الذاتي
السابعة عشرة إلى العاشرة والعشرين	تقديم التحصين التدريجي	١٠	٥٠ دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز التحصين التدريجي	التحكم الذاتي
الحادية والعشرين	الجلسة الختامية	١	٥٠ دقيقة	التعزيز	
الثامنة والعشرين	جلسة التقييم	١	٥٠ دقيقة	التعزيز	

* وهي الخطوتين الثانية والثالثة في لفية التحكم الذاتي في حين كل الإنصاح الذاتي هو الخطوة الأولى في هذه الفية .

٥) الفنيات المستخدمة في البرنامج :

استخدم في البرنامج الإرشادي فنيات معرفية تضمنت التحكم الذاتي Self Control ، وأسلوب حل المشكلة Problem- Solving ، والواجبات المنزلية Assignment ، وفنيات سلوكية كالتحصين التكريري Systematic Desensitization والاسترخاء Relaxation والنمذجة Modling ، ولعب الدور Role Playing ، والتعزيز Reinforcement

★ الفنيات المعرفية :

أ . التحكم الذاتي Self Control

هذا الإجراء يهدف إلى تعليم الفرد مواجهة المثيرات المسببة للضغوط والأفكار المرتبطة بها ، ومحاولة إيقافها ثم الاسترخاء وتعزيز الذات (Sutheland ، ١٩٨٩ ، ٣٩٤) . ويستخدم في البرنامج المعرفي السلوكي ، حيث يركز على أفكار الطفل ودورها في استمرار القلق ، حيث يطلب من الطفل ملاحظة أفكاره في المواقف المتنوعة المثيرة للقلق ، ثم تعليمه كيف يغير هذه الأفكار ويضع مكانها أفكاراً غير قلقة ، وقد اقترح كيندال وزملاؤه (١٩٩٠) في هذا الصدد نموذجاً يشجع الطفل على سؤال نفسه عدة أسئلة بصوت عال ، مثلاً هل يمكن أن يحدث هذا ؟ هل حدث هذا بالفعل ؟ ما الدليل على ذلك ، ويشجع الطفل على ذلك ، حيث تبدأ أولاً بتدريبه على الاسترخاء الذي يساعده في التحكم في الأعراض النفسجسمية والنفسية بنفسه ، ثم تقييم ومكافأة الذات

بنفسه (سيلفرمان وكيرتس Silverman & Kurtines ، ١٩٩٦ ،
٧٠-٦٩) .

فهذا الإجراء الذي أشار إليه كيندل وآخرين Kendall et al (١٩٩٢) ، يؤكد على تعليم الطفل أولاً كيف يعرف ويلاحظ تصريحات الذات المرتبطة بالقلق والمشاعر والأفكار ، ومثى استطاع التعرف على الإفصاح الذاتي غير المتوافق ، فإنه سيعمل مع الأخصائي لإيجاد تصريحات ذات تساعد على خفض القلق (فرانمس وبيدل Francis & Beidel ، ١٩٩٥ ، ٣٢٩) ، (جنسبري وآخرين Ginsburg et al ، ١٩٩٥ ، ٥٢٧-٥٢٨) .

ويتضمن هذا الإجراء ملاحظة Self Monitoring وتسجيل الأفكار والمشاعر ، والسلوكيات باستمرار ، ثم تقييم الذات Self Evaluation وتصوير الأداء في الاتجاه الإيجابي ، وأخيراً تعزيز الذات Self Reinforcement وتقديم مكافأة لاستخدامه لاستراتيجيات العلاج والتحكم في القلق . (ايسن وكارني Eisen & Kearney ، ١٩٩٥ ، ١٥٣) ، وقد وصفته رونان Ronen بأنه إجراء تعليمي علاجي يتضمن عدة مراحل متسلسلة ، حيث يتم في المرحلة الأولى تعريف الأفكار السينة التوافق ، فيتعلم الطفل هنا أنه يستطيع تغيير السلوك المشكل الذي يعاني منه ، بتحديد الأفكار الخاطئة المتضمنة به ، وفي المرحلة الثانية يتم تعليمه كيف يركز على جسمه ، وعليه كتابة معلومات يمكن الاستفادة منها ، أما في المرحلة الثالثة فيتم تنمية مهارة الإحساس بالمتغير المسبب للمشكلة لديه (وهنا تكون ملاحظة الذات للمشاعر والسلوك والأفكار) فيتعلم

الاسترخاء ، وفي المرحلة الرابعة يبدأ في تعلم مهارات التحكم الذاتي المتضمن ملاحظة وتقييم ومكافأة الذات ، وأسلوب حل المشكلة ، وهي تلك الخطوات التي تساعد على التخلص من المشكلة (رونان Ronen ، ١٩٩٧ ، ١٣٠-١٣١) .

ويستخدم هذه التقنية بتعليم الأطفال عن المشاعر المختلفة الإيجابية والسلبية ، ثم الانتقال إلى المشاعر السلبية كالإحساس الزائد بالخوف والقلق ، حيث يتعلم الأطفال أن شعورهم بالقلق الزائد هو سلوك يمكن تعديله ، ويطلب منهم كتابة مواقف مثيرة لمشاعر مختلفة حدثت لهم . ثم تعليمهم ملاحظة أنفسهم في مواقف القلق والأفكار ، والكلمات التي يتحدثون بها مع أنفسهم ، والأعراض التي تظهر عليهم ، ثم مساعدتهم على استخدام عبارات إيجابية واستخدام الاسترخاء للتغلب على القلق ، ثم تقييم أنفسهم (تقييم الذات) ثم تعزيزها (تعزيز الذات) . وهي خطوة مناسبة مع الطفل لأنها تساعد على نمو الثقة بالنفس .

ب . التدريب على أسلوب حل المشكلة Problem Solving Training

يعرف بأنه إجراء إكلينيكي تم استخدامه في العلاج السلوكي من قبل كل من نزيلا وكولد D'zurilla & Gold (١٩٧١) ، ويتكون من عدة خطوات وهي تعريف المشكلة ، ثم تحديد الاحتياجات لحلها . فتوليد البدائل التي يمكن أن تستخدم ، وتقييم البدائل والنتائج المرتبطة بها ، وأخيرا التحقق من النتائج (مارس وستراهد Meyers & Craichead ، ١٩٨٥ ، ٨-٩) .

وتشير رونان Ronen (١٩٩٧ ، ٨٣) بأن هذا الأسلوب قد استخدم مع الأطفال بنجاح في بداية (١٩٧٠) بواسطة سيبفاك وشاري Spivack & Shure ، اللذين طورا سلسلة مهارات حل المشكلة للمعرفية المرتبطة مع سوء التوافق السلوكي ، وتتضمن الحساسية للمشكلات ، والتفكير السيئ ، والرغبة في معرفة نتائج السلوك والقدرة على إظهار وتوليد حلول ممكنة ، ثم الوصول إلى الأهداف الخاصة خطوة خطوة . ويستطيع الأطفال تعلم حل المشكلة عن طريق الواجبات المنزلية ، ومن ثم يستطيعون تطبيقها في حياتهم للشخصية . كما إنه إجراء سهل جدا إذا استخدم طريقة كل من كيندال وبراسول Kendall & Braswell (١٩٨٥) ، التي تتضمن تعليم الطفل أن يسأل نفسه أسئلة جادة في سبيل حل المشكلة ، فعلى سبيل المثال يسأل نفسه ما المشكلة؟ ما الحلول التي أستطيع أن أطبقها لحل المشكلة؟ ماذا يمكن أن يحدث لي إذا أنا فعلت كل هذه الحلول؟ ما الحل المناسب؟ ما هي نتيجة تطبيق الحل؟ (فرانيس وبيدل Francis & beidel ، ١٩٩٥ ، ٣٢٨) .

وهذا الأسلوب له فوائد كثيرة ، منها مساعدة الطفل على إدراك مشكلته ، ثم تشجيعه على التركيز على تقديم وتقييم الحلول الممكنة المتنوعة لحل المشكلة (سوثروم جيرو وآخرين Southam- Gerow et al ، ١٩٩٧ ، ١١٥) وذلك من خلال تقديم نماذج لمواقف ومشكلات تواجههم وكيفية حلها والتغلب عليها بتطبيق خطوات تلك الفنية .

ج . الواجبات المنزلية : Assignment

وهي تلك التي كان يكلف بها الأطفال ككتابة المواقف المثيرة للقلق لديهم ، وما يرتبط بها من أفكار وأعراض مختلفة ، والتدريب على الاسترخاء وغيرها ، والتي يتم مناقشتها في الجلسات التالية . وذلك بغرض مساعدتهم على ممارسة المهارات المتعلمة في جلسات البرنامج ، حيث يحدد في كل مرة واجب منزلي تتغير أهدافه حسب موضوع وهدف كل الجلسة ، ويتم مكافأة الطفل على أدائها في كل مرة ، وفي حالة تعذر فهم الواجب يقدم نموذجاً له .

★ الفنيات السلوكية Behavioral Strategies

أ . التحصين التدريجي : Systematic Desensitization

جاءت البدايات الأولى لاستخدام الكف بالنقيض مرتبطة بعلاج المخاوف المرضية الشديدة (الرهاب) ، حيث تبدو الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة للمرضية (الخوف أو القلق) تدريجياً من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض لها ، عند ظهور الموضوعات المرتبطة به . وقد بدأت أول محاولة منظمة لاستخدام هذا المبدأ على يد جونز Jones تلميذة واطمن لمساعدة أحد الأطفال للتخلص من مخاوفه للمرضية الشديدة المتعلقة بالحيوانات ، حيث تم إزالة مخاوف الطفل بتعريضه لمصدر الخوف تدريجياً ، ومازال هذا الأسلوب من الأساليب المستخدمة في حالات الخوف والقلق لدى الأطفال (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٣ ، ٧١-٧٢) .

ويضيف كنج ولوليندك King & Ollendick (١٩٩٧) ،
(٢٩١) إلى أن هذا الإجراء طور أصلاً من الكتابات الأولى لبافلوف
ودانسون وجونز وماسترمان ، ثم فوليه Wolpe (١٩٥٨) الذي
وسع هذه الأعمال وصاغ إجراء التحصين التكريري المنظم ، إلا
أن هذا يعود أولاً وغالباً إلى العلاج الأولي لجونز Jones للطفل
بيتر Peter عام (١٩٢٤) .

ولقد قدم فوليه Wolpe طريقته في العلاج النفسي حين
كان يعمل ضابط طبيب بعد أن لاحظ أن التحليل النفسي غير مقبول
في روسيا وأدرك أن السبب يرجع إلى دراسات بافلوف Pavlov
وهل Hull (باترستون ، ١٩٨١ ، ٢٥٤) . ويلخص طريقته على
النحو التالي " إذا نجحنا في استثارة استجابة ما معارضة للقلق عند
ظهور الموضوعات المثيرة له ، فإن من شأن هذه الاستجابة
المتعارضة أن تؤدي إلى توقف كامل للقلق ، أو تؤدي على الأقل
لنصف أو توقف جزئي له إلى أن يبدأ القلق في التناقص ثم في
الاختفاء التام بعد ذلك (عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣ ،
٧٢) ويعد هذا الإجراء عنصر ضروري لأي برنامج لخفض
الخوف والقلق ويتضمن جعل الطفل يتعرض لمثيرات الخوف أو
القلق في نمط متدرج من خلال المدرج الذي ينتقل فيه خطوة خطوة
(جنسبري وآخرون ، Ginsburg et al ، ١٩٩٥ ، ٥٢٩)

ويتطلب استخدام هذا الأسلوب مع الأطفال قدرة الطفل على
تحديد الاستجابات المتعارضة مع القلق ، ثم تصميمها إلى مواقف
فرعية صغيرة متدرجة بحسب الشدة ، بحيث تبدأ بأقلها إثارة

لمخاوف الطفل ، ثم تعريضه للمواقف المخيفة تدريجياً ، وذلك إما من خلال الخيال أو الواقع . (عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٧٢-٧٤) . وتم تدريب الأطفال على هذه الفنية بعد أن يتم تدريبهم على الاسترخاء ، وتحديد المواقف المثيرة للقلق لديهم ، ثم الاقتران بين تلك المواقف في الخيال .

ب . الاسترخاء : Relaxation

استخدم الاسترخاء في الطب والعلاج وعلم النفس الإكلينيكي منذ فترة طويلة (١٩٢٩) على يد الطبيب النفسي جيكبسون Jacobson ، الذي قرر أن استخدامه يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة لدى مرضى القلق . ويعرف بالمعنى العلمي بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية للمصاحبة للتوتر (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ١٥٣-١٥٤) . واستخدم هذا الإجراء مع الأطفال وأثبت فاعليته في ذلك ، فمن خلاله يتعلم الطفل كيف يقلل الشعور المنفر المرتبط بالخوف والقلق ، وكيف يسترخي ويمارس التنفس العميق ، ويتعرف الطفل على الفرق بين العضلات المشدودة والمسترخية ، ثم إثارة الدافع لديه للتعامل مع المواقف المثيرة للقلق . عن طريق مثيرات عدائية ضده (جنسبري وآخرون Ginsbury et al ، ١٩٩٥ ، ٥٢٩) . وقد تم تدريب الأطفال على استخدام فنية الاسترخاء العضلي بدأ من قمة الجسم إلى أسفله بطريقة ثابتة ونظامية ، وإعطاء كل طفلة شريط خاص بها للتدريب على الاسترخاء .

ج . النمذجة Modeling

أشارت نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura (١٩٧٧) بأن الأطفال يتعلمون كماً هائلاً من السلوكيات بواسطة ملاحظة أو مشاهدة الآخرين . وكذلك الحال للطفل القلق الذي يتعلم من خلال ملاحظة طريقة الآخرين في التعامل مع مثيرات الخوف والقلق . (فرانيس وبيدل Francis & Beiddel ، ١٩٩٥ ، ٣٢٧) . فهذه النظرية تفترض بأن الطفل الذي يعاني من القلق قد تأثر بواسطة البيئة ، ومن هنا فإن سلوك الخوف والقلق سلوك متعلم عن طريق ملاحظة آخرين ويمكن التخلص منه عن طريق جعل للطفل بلاخط نماذج تمارس بنجاح التعامل مع المثيرات التي يخافها الطفل . وتكون هذه الطريقة أكثر فاعلية عندما يطلب من الطفل القلق المشاركة ، وعندما يتشابه النموذج مع الطفل القلق في السن ومستوى القلق والخبرة مع حالات ومثيرات القلق (دولان وبرازيال Dolan & Brazeeal ، ١٩٩٣ ، ٥٧١-٥٧٢) .

فالنمذجة لها أهمية في العلاج المعرفي- السلوكي ، فمن خلالها يتم التركيز على فكرة أن السلوك يمكن أن يكتسب ويتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج . وهناك أنواع مختلفة من النماذج تستخدم بواسطة المعالج المعرفي- السلوكي ، وهي النموذج الرمزي ، والنموذج الحسي ، ثم النموذج المشارك . (سوثام جيرو وآخرين Southam-Gerow et al ، ١٩٩٧ ، ١١٥) . واستخدم هذه التقنية بتقديم وتوضيح عدد من المفاهيم والمهارات المتضمنة في البرنامج للتدريب على التقنيات الأخرى .

د . لعب الدور : Role Playing

هو أحد أساليب التعلم الاجتماعي الذي يتضمن تدريب الفرد على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي عليه أن يكتسبها ويكتسب المهارة فيها (عبد الستار إبراهيم وآخرين ، ١٩٩٣ ، ٣٤٥) .
وجزاء هام في العلاج المعرفي السلوكي يستخدم كأسلوب في العلاج لإعطاء الطفل فرصة مناسبة لممارسة التعايش ، واختبار الحلول المتعددة للمشكلة ، ويتضمن تصميم حدث مفتعل وطريقة للممارسة في المواقف المثيرة للقلق (كيندال وآخرين Kendall et al ، ١٩٩٥ ، ٧) . وتم استخدام هذه الفنيات عند تقديم بعض المواقف المثيرة للقلق التي سجلها الأطفال ، وتوضح كيفية التغلب عليها باستخدام الفنيات المتضمنة في البرنامج ومن ثم قيام الأطفال بذلك.

هـ . للتعزيز Reinforcement

يعتبر التعزيز أسلوب في العلاج السلوكي يقدم في كل مرة يؤدي بها السلوك المرغوب ، أي أن الإثابة تعتمد على السلوك المشروط باندنه (جابر عبد الحميد ، علاء كفاقي ، ١٩٩٠ ، ٦٦٤) .
واستخدم هذا الإجراء في هذا البرنامج بتقديم التعزيز للطفل عند أدائه للمهارات المطلوبة منه ، ويكون التأكيد ليس فقط على النجاح الكلي ، بل على الجزئي أيضا ويشترك الطفل في إعداد قائمة للمكافآت التي تبدأ بالمادية ثم المعنوية . كذلك يتم تدريب الطفل على تعزيز ومكافأة نفسه من خلال أسلوب التحكم الذاتي السابق الذكر في الاستراتيجيات المعرفية .

جلسات البرنامج

الجلسة الأولى

للتعارف بين الأطفال .

أهداف الجلسة :

١. إقامة علاقة تفاعلية بين منفذ البرنامج والأطفال وبين الأطفال بعضهم البعض .
٢. تبادل بعض المعلومات والبيانات الشخصية بين منفذ البرنامج والأطفال .

الفنيات المستخدمة :

فنية لعب الدور ، والتمنجة ، والتعزيز .

زمن الجلسة :

استغرقت الجلسة خمسين دقيقة .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

في البداية قدمت منفذة البرنامج نفسها للأطفال وتعرفت عليهم طفلة طفلة ، ولتخفيف التوتر والقلق الذي قد يوجد لدى الأطفال استخدمت معهم لعبة التعارف قاتلة لهم ما رأيكم أن نلعب معاً لعبة ممتعة تسمى لعبة التعارف ؟ وقد نفذت بطريقتين الطريقة الأولى

وضع بطاقات مكتوب عليها أسماء الأطفال على الطولوة أمام كل طفلة وهي مقوية وطلب من كل طفلة أن تقلب البطاقة الموجودة أمامها ونقرأ ما كتب عليها ثم تضعها أمامها . أما الطريقة الثانية فقدمت البطاقات في علب أمام الأطفال وطلب من كل طفلة بالترتيب سحب بطاقة وقراءة الاسم المكتوب عليها وإعطائها لصاحبة الاسم ... وهكذا .

بعد أن انتهت عملية التعارف اقترحت منفذة البرنامج على الأطفال ممارسة الأنشطة المحببة إليهم والتعرف وإلقاء نظرة على الأشياء الموجودة بالغرفة ولكتشافها ، ومن ثم اختيار وممارسة النشاط المناسب لكل طفلة لمدة خمس عشرة دقيقة وبعدها العودة إلى الأماكن، وكانت منفذة البرنامج أثناء اللعب تلاحظ الأطفال وتسجل الملاحظات وتتدخل عند الحاجة إلى ذلك .

بعد انتهاء فترة اللعب عاد الأطفال إلى أماكنهم وقامت منفذة البرنامج بتقديم لعبة ممتعة ومسلية وهي لعبة الحقائق والبيانات الشخصية أو تذكر المعلومات وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة مكتوب على بطاقات يجيب الأطفال ومنفذة البرنامج على نفس الأسئلة ما هو اسم الأب والأم ؟ كم عدد الأخوة الذكور والإناث ؟ وما هو اللون المفضل ؟ وما هي شخصية الكرتون المفضلة ؟ الهوايات المفضلة ؟ وبعد الإجابة على الأسئلة يتبادل الأطفال البيانات الخاصة بكل طفلة عن زميلاتها ، وتم مكافأة الأطفال بعد انتهاء اللعبة .

قدمت منفذة البرنامج للأطفال للقطعة مشمش (وهي لعبة على شكل قطعة مصنوعة من الفرو) نتحدث إليهم من خلال منفذة البرنامج قائلة أهلاً وسهلاً بكم يا أصدقائي أنا القطعة الشجاعة ما رأيكم أن أجبتكم عن نفسي ؟ أنا اسمي مشمش ولي أخت وأخ وأنا أحب مشاهدة الطيور وتسلق الأشجار ولعب الكرتون توم وجري ولكن أحب نوم أكثر وأحب الأكل والنوم ، كنا نسكن في بيت قديم ، وعندما انتقلنا إلى منزلنا الجديد كنت خائفة أن لا أجد أصدقاء بالقرب من منزلنا الجديد لكن تغلبت على الخوف ، الآن لنتم عرفتم عني بعض المعلومات ما رأيكم في أن نتحدثوا عن أنفسكم ؟ هيا نبدأ معاً خطوة خطوة في عرض البيانات والحقائق للشخصية ونكتبها في ورقة ، ثم نتحدث عما كتبنا بها بعد الانتهاء من الكتابة وكانت منفذة البرنامج تلاحظ وتسجل المعلومات التي يقولها الأطفال بدقة ، حيث تعتبر هذه المعلومات أولى المحاولات التي يشترك فيها الأطفال في معلومات خاصة بهم وهي تشجعهم على ذلك .

في نهاية الجلسة تم مكافأة الأطفال وتحديد موعد الجلسة القادمة ومكانها .

الجلسة الثانية

موضوع الجلسة :

عرض محتوى البرنامج .

أهداف الجلسة :

١. استمرار إقامة العلاقات والتفاعلات الشخصية بين الأطفال بعضهم البعض وبينهم وبين منفذة البرنامج .
٢. التعرف على البرنامج من حيث أسمه وأهدافه وتقديم معلومات أساسية لهم .
٣. التعرف على الهدف من اشتراكهم في جلسات البرنامج الإرشادي.

الفنيات المستخدمة :

فنية النمذجة ولعب الدور والواجبات المنزلية .

مدة الجلسة :

استغرقت الجلسة خمسين دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

في بداية الجلسة طالبت منفذة البرنامج من الأطفال أن يتحدثوا عن الأنشطة المحببة إليهم التي قاموا بها خلال الأسبوع (المناسبات والخبرات المدرسية أو الرحلات العائلية السعيدة والمسلية) ، وقدمت منفذة البرنامج نموذجاً للأطفال عن موقف ممتع حدث لها وهي تصفه

بالتعبيرات المختلفة (الوجه ، الأفكار ، الجسم) ، ثم شجعت الأطفال على المشاركة وهي تلاحظ التشابه بين خبرات الأطفال في محاولة لإقامة علاقات وتفاعلات بين الأطفال ومع المجموعة لمساعدتهم كي يشعروا بالتشابه والتباين في الأحداث (بين بعضهم البعض) التي حدثت لهم ، موضحة لهم أن هذه تعتبر بدلية للتعبير عن خبراتنا وخبرات الآخرين بصراحة ، ومؤكدة أنه يجب علينا احترام خبرات ووجهات نظر الآخرين المختلفة ، والاهتمام بما نرى ونفكر ونشعر في المواقف المختلفة ، وكيف أن الأشياء يمكن رؤيتها بشكل مختلف في بعض الأوقات موضحة ذلك بأمثلة محددة (مثلاً الطعام الذي يحبه شخص قد يسبب ألماً في معدة شخص آخر) .

قدمت منفذة البرنامج فكرة عامة موجزة عن البرنامج وأهدافه ، والتي تتضمن التعرف على مشاعر القلق ، والخوف والتوتر والأفكار المتعلقة بها ، ومن ثم التدريب على استخدام استراتيجيات التعايش الملائمة للتغلب على القلق : كما أوضحت لهم سبب اختيارهم ضمن هذه المجموعة وأهميته للأطفال الذين انتظموا فيه ، ومدى فائدته بالنسبة لهم في حياتهم الخاصة النفسية مؤكدة على أن دور الأطفال تتضمن التعبير عن المشاعر والانفعالات والصراعات وطريقة التحكم في تلك المشاعر بطريقة علمية سليمة .

ناقشت منفذة البرنامج مع الأطفال قواعد الانضمام في البرنامج وأن حضور الجلسات ليس إجبارياً ، وبوسع أي طفلة منهم ترك المجموعة إذا شعرت بعدم الاستفادة من البرنامج الإرشادي

لمقدم بعدها تم الاتفاق على الخطوط الرئيسية للجلسات وما يجب أن تتضمنه من :

١. تحديد موعد الجلسات وضرورة الالتزام بالحضور في الموعد المتفق عليه .
٢. الالتزام بالتعليمات داخل الجلسات وخارجها .
٣. ضرورة المشاركة الفعالة أثناء الجلسات .
٤. تقديم الواجبات المنزلية في المواعيد المحددة لها .
٥. شروط الحصول على المكافآت والهدايا (اللامدية /الاجتماعية) أثناء الجلسات .

ثم قامت منفذة البرنامج بتوزيع أوراق العمل أثناء الجلسات (التقديم وممارسة بعض الأنشطة داخل الجلسة) وكراسات الواجبات المنزلية (التقديم الأنشطة التي تحدث خارج الجلسة للأطفال والتي تسمى مهام منزلية وشعارها يتحدث في عبارة " أنا أستطيع فعل هذا " يقوم الأطفال بكتابتها بعد الانتهاء من كل جلسة ويتم إحضارها في الجلسة التالية لمنفذة البرنامج لمناقشتها وتصحيحها) ، وجدول مواعيد ومكان الجلسات ، وكلمت منفذة البرنامج ملفاً خاصاً بكل طفلة على حده لحفظ أوراق البرنامج الخاصة بها فيه . وشجعت منفذة البرنامج الأطفال على طرح تساؤلاتهم واستفساراتهم عن البرنامج مؤكدة لهم على أهمية الأسئلة والمعلومات التي يطرحونها للتوصل إلى إجابات عن تلك التساؤلات .

بعد ذلك. قامت منفذة البرنامج والأطفال في إعداد (بأسماء أعضاء المجموعة) وهي قائمة خاصة بكل طفلة تحتوي على بعض المعلومات والبيانات الشخصية عن أعضاء المجموعة (تاريخ الميلاد وتاريخ دخول المدرسة ، ورقم الهاتف) . على أساس أن يتعرف الأطفال أكثر على بعضهم البعض .

قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف سعيد حدث لها معبرة عن مشاعرها وأفكارها في هذا الموقف باستخدام التعبير اللفظي والحركي، ثم طلبت منفذة البرنامج من الأطفال كتابة موقف يعبر عن خبرة سعيدة حدثت لهم في كرسة الواجبات المنزلية ، وتوضيح مشاعرهم وأفكارهم في هذا الموقف وإحضاره في الجلسة القادمة ، وفي نهاية الجلسة قدمت منفذة البرنامج مكافآت للأطفال لمشاركتهم الفعالة معها .

الواجب المنزلي :

كتابة موقف سعيد مع توضيح المشاعر والأفكار في هذا الموقف .

الجلسة الثالثة

موضوع الجلسة :

المشاعر والانفعالات في مواقف الحياة اليومية .

أهداف الجلسة :

١. التعرف على المشاعر والانفعالات تجاه مواقف الحياة اليومية .

٢. وصف الأطفال للمشاعر والانفعالات التي يشعرون بها تجاه خبرات ومواقف الحياة .

٣. التعرف على للتغيرات الفسيولوجية والنفسية المصاحبة لمشاعرهم وانفعالاتهم في المواقف المختلفة .

٤. تشجيع الأطفال على استخدام الإشارات والتعبيرات الجسمية والتغيرات الفسيولوجية في معرفة المشاعر والانفعالات المختلفة لديهم ولدى الآخرين .

الفنيات المستخدمة :

فنية النمذجة ولعب الدور والواجبات المنزلية .

مدة الجلسة :

استغرقت الجلسة خمسين دقيقة .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

بدلت منفذة البرنامج بمراجعة أسماء الأطفال لتأكيد التعارف بين الأطفال ومنفذة البرنامج ، حيث يسأل الأطفال عن بعضهم البعض أسئلة خاصة بالبيانات الشخصية (كاسم الأم والإخوة والهويات المحببة إلخ) ، ثم ناقشت معهم موقفاً سعيداً حدث بالأمس والتركيز فيه على مشاعرهم وأفكارهم وسلوكهم في هذا الموقف ، وذلك لاستمرار التفاعل والتآلف بين منفذة البرنامج والأطفال .

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي مع الأطفال بشكل جماعي ، حيث تحدثت كل طفلة عن الموقف السعيد الذي قامت

بكتابته في كراسة الواجبات المنزلية موضحة مشاعرها وأفكارها في هذا الموقف من خلال تقديم نموذج لذلك ، وبعد الانتهاء من مراجعة المهمات المنزلية تم مكافأة الأطفال بملاحظات .

قدمت منفذة البرنامج مفهوم للمشاعر والانفعالات المختلفة التي يشعر بها الناس (الكبار/الأطفال) وكيف نتعرف على هذه المشاعر لدينا ولدى الآخرين ، وذلك من خلال ما تقوم به أجسامنا (تعبيرات الوجه وحركات الجسم) كاستجابات مختلفة لهذه المشاعر والانفعالات المختلفة وكيفية الربط بينها وبين المشاعر التي نشعر بها نحن .

أعدت منفذة البرنامج والأطفال قائمة للمشاعر والانفعالات المختلفة التي فكروا فيها (الفرح - الغضب - الحزن - الخوف - الضيق - السعادة) مرفقة بصور لأشخاص من مجلات وكتب ظهرت عليهم تعبيرات جسدية مختلفة وطلب من الأطفال وصفها وتسميتها .

قدمت منفذة البرنامج للأطفال فنية لعب الدور من خلال تمثيل المشاعر والانفعالات المختلفة واختيار أحد المشاعر من القائمة التي تم إعدادها وتقديمها أمام المجموعة التي عليها تسمية هذا الشعور من خلال التعبيرات الجسمية التي تمثلها الطفلة ، ثم طلبت من كل طفلة تقديم أحد المشاعر والانفعالات الموجودة بالقائمة بعد أن قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لذلك ، وأعطى الأطفال حرية التمثيل لمواقف تظهر مشاعر مختلفة تخدم هدف الجلسة .

ثم أتممت منفذة البرنامج أوراق العمل الخاصة بهذه الجلسة وهي عبارة عن مواقف مختلفة ، على الأطفال قراءة كل موقف وتحديد المشاعر والانفعالات المصاحبة لهذا الموقف ، ثم مناقشتهم في ذلك ومكافأتهم بعد الانتهاء من ذلك .

قامت منفذة البرنامج والأطفال بإعداد قاموس للمشاعر وهو عبارة عن صور من مجلات لأشخاص (كبار/صغار) تبدو عليهم مشاعر وانفعالات مختلفة ، قلم الأطفال بلصقها على أوراق ملونة وتحديد المشاعر والانفعالات المصاحبة لهذه الصورة (وقد أعطي الأطفال حرية اختيار المشاعر والانفعالات التي يريدون وضعها في القائمة بشرط التنوع) . وقد تم مناقشتهم في كيفية معرفة المشاعر الموجودة في هذه اللقوائم . وفي نهاية الجلسة تم مكافأة الأطفال وتحديد الواجب المنزلي بكتابة مواقف حدثت لهم تعبر عن مشاعر وانفعالات وأفكار مختلفة .

الواجب المنزلي :

كتابة موقنين يعبران عن مشاعر وانفعالات مختلفة والأفكار المرتبطة بها .

الجلسة الرابعة :

موضوع الجلسة :

الإشارات الجسمية للمشاعر والانفعالات المختلفة .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة أنواع المشاعر المختلفة التي يسعر بها الناس .
٢. التعرف على الإشارات الجسمية للمشاعر المختلفة .

الفنيات المستخدمة :

فنية للنمجة ولعب الدور وللواجبات المنزلية .

مدة الجلسة :

استغرقت الجلسة خمسين دقيقة .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

في بداية الجلسة قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي مع الأطفال بطريقة جماعية ومكافئتهم ، ثم قدمت لهم لعبة (بدون كلام) وذلك لمراجعة مفهوم المشاعر والانفعالات ، وهي عبارة عن أداء صامت لبعض الانفعالات وعلى المجموعة ذكر هذا الموقف من خلال الحركات والتعبيرات التي تظهر على الشخص القائم بالأداء، حيث قدمت منفذة البرنامج في البداية نماذج لمواقف تعبر عن مشاعر مختلفة وطلبت من الأطفال التعرف على هذه المشاعر والانفعالات ، وبعدها قام الأطفال بالترتيب بلعب الدور لتلك المشاعر والانفعالات بالتبادل وكانت منفذة البرنامج تقوم بتعزيز سلوكهم .

طرحت منفذة البرنامج على الأطفال مجموعة من الأسئلة تناولت كيفية التعرف على المشاعر والانفعالات المختلفة التي نشعر بها (كالضيق والحزن والسعادة والخوف) ، وكانت تشجع الأطفال على

التعبير عن مشاعرهم في المواقف المختلفة باستخدام لعب الدور مع التركيز على الإشارات الجسمية التي تظهر عليهم والتي يشعرون بها، موضحة لهم أنه يمكننا معرفة مشاعرنا (عن طريق التعبيرات التي تظهر على الوجه كالابتسامة والضحك ، وما يذئب الجسم من الشعور بالصداع ، وألم البطن ، أو للرجفة ، أو الاسترخاء) ومشاعر الآخرين بالنظر إلى التعبيرات التي تظهر على الوجه كالابتسامة والضحك ، وحركات الجسم كالحركات العصبية . ثم قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لمشاعر مختلفة تظهر تعبيرات جسمية مختلفة وعلى الأطفال التعرف عليها وقام الأطفال بأداء نماذج مماثلة .

قدمت منفذة البرنامج ورقة العمل الخاصة بهذه الجلسة والتي تضمنت تطبيق ما تم تقديمه في هذه الجلسة (وهي عبارة عن ورقة عمل بها عدة وجوه كل منها يوضح شعور وانفعال معين على الأطفال كتابة الكلمة المناسبة التي تصف هذه الانفعالات) . وتمت مناقشتهم في ذلك بعد الانتهاء منها .

قامت منفذة البرنامج والأطفال بعمل مقاييس المشاعر والانفعالات الخاصة بكل طفلة وهو عبارة عن قص ولصق مجموعة من الوجوه التي تعبر عن مشاعر وانفعالات مختلفة يتم تنظيمها حسب اختيار كل طفلة على حدة ، على أن تثبت لها مؤشراً يشبه عقرب الساعة تعلقه بالغرفة الخاصة بها ويتم تغيير المؤشر حسب الشعور الذي تشعر به في المواقف المختلفة . تم مكافأة الأطفال على مشاركتهم وتحديد الواجب المنزلي في نهاية الجلسة .

الواجب المنزلي :

كتابة موقنين يعبران عن مشاعر وانفعالات مختلفة موضحة
الإشارات الجسمية والأفكار فيها .

الجلسة الخامسة :

موضوع الجلسة :

مشاعر الخوف والقلق .

أهداف الجلسة :

١. التعرف على مشاعر الخوف والقلق وأنواعها وأسبابها .
٢. التعرف على الفروق بين الخوف والقلق .
٣. التعرف على الآثار النفسية والسيولوجية المصاحبة للخوف والقلق .

العمليات المستخدمة :

التمثّل ، لعب الدور ، والإصاح الذاتي ، والتعزيز
والواجبات المنزلية .

زمن الجلسة :

خمس وأربعون دقيقة .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

في بداية الجلسة تم مراجعة الواجب المنزلي بطريقة جماعية / فرعية حسب رغبة كل طفلة في أن تقدم مواقفها أمام المجموعة فردياً إذا رغبت في ذلك ، ثم مراجعة مفهوم المشاعر والانفعالات المختلفة وكيفية التعرف عليها مع الأطفال .

في سبيل تقديم موضوع هذه الجلسة قامت منفذة البرنامج بمناقشة الأطفال في أهداف البرنامج والتي ركزت في جزء منه على محاولة مساعدتهم للتغلب على مشاعر الخوف والقلق ، وذلك من خلال تعلم بعض الاستراتيجيات والمهارات المعرفية والسلوكية التي يتضمنها البرنامج .

لوضحت منفذة البرنامج للأطفال أن الإنسان تتنابه مشاعر وانفعالات مختلفة نتأرجح ما بين المشاعر والانفعالات الإيجابية والسلبية مثل الخوف والقلق ، وهي استعداد فطري زود به الله سبحانه وتعالى الإنسان ليحمي نفسه ويأخذ حذره من مخاطر الحياة فالخوف حالة انفعالية طبيعية تشعر بها الكائنات الحية في بعض المواقف فيظهر في أشكال متعددة وبدرجات تتراوح ما بين الحذر والهلع والرعب ، وكلما كانت درجة الخوف معقولة كان الإنسان سويًا يتمتع بالصحة النفسية ، فالخوف العادي يستثار عندما يكون موضوع أو موقف خارجي يهدد كيان الإنسان مثلاً عندما يشاهد الإنسان أسداً في الشارع ، فالخوف في هذه الحالة هو انفعال طبيعي جداً كما أنه يتيح الفرصة أمام الفرد لمواجهة هذا الموقف ، وبذلك يمكنه أن يحفظ حياته

فالخوف العادي يحفظ الإنسان ويدفعه للتقدم ، على أن لا تكون درجة الخوف كبيرة تعرقل حركة الإنسان عن العمل وهذا ما يمكن أن نطلق عليه الخوف المرضي .

أما القلق فهو شعور مبهم غامض غير سار بتوقع الخطر مصحوب عادة ببعض الإشارات الجسمية مثل الشعور بالصداع وضيق التنفس أو ألم البطن... الخ كما أنه شعور بالحزن والضيق وعدم الارتياح عن مشكلات غير متوقعة ، فالإنسان القلق كثيراً ما يشعر بالخوف والرعب تجاه المواقف اليومية العادية التي لا تسبب القلق للآخرين .

أن هناك نوعين من القلق أحدهما هو القلق العادي الموضوعي وهذا النوع أقرب إلى الخوف وذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في للذهن وينتج عن أسباب خارجية ولقعية معقولة ومن أمثلته شعور الإنسان بالقلق (الخوف) إذا اقتربت منه سيارة مسرعة أثناء سيره في الشارع . أما الثاني فهو القلق المرضي وهو قلق داخلي غامض مبهم غير محدد المعالم لا يحدد فيه الإنسان أسبابه ويلزم الإنسان لفترة طويلة من حياته كشعوره الدائم بحدوث مصيبة عندما يخرج من البيت.

ثم أوضحنا منفذة البرنامج أن للقلق أسبابا عديدة فمن الناس من لا يعرف أن ما يشعر به من عدم الراحة والارتياح والضيق هو نتيجة لقلقهم ، فالقلق يصيب الكبار والصغار الرجال والنساء والخوف من الفشل وتوقع الفرد لمكروه وغيرها من المشاعر السلبية المسببة

للقلق . ويختلف الخوف عن القلق فالخوف يكون محدد المصدر ، أما القلق فسببه مجهول وكذلك الخوف يكون التهديد فيه خارجياً ومحدداً أما في القلق فالتهديد داخلي غامض وقد قدمت منفذة البرنامج أمثلة لذلك .

وأخيراً أوضحت منفذة البرنامج الآثار النفسية التي يسببها القلق على حالة الفرد النفسية فيكون شعوره بالحزن والضيق طوال الوقت وتوقع المصائب والمشكلات والخوف من اتخاذ القرارات خوفاً من الوقوع في الخطأ والحساسية الزائدة والاعتماد على الآخرين والتأثر بسرعة وبسهولة من المواقف ويبدو تفكيره مشوشاً تنتابه كثيراً من المخاوف المرضية ، أما الآثار الجسمية فتتضمن الشكوى من واحد أو أكثر من هذه الاضطرابات كالشعور بسرعة ضربات القلب ، والصداع والتشد العضلي والشعور بالتعب وغيرها .

قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لمشاعر مختلفة (الفرح/القلق) حيث أوضحت المشاعر في الموقفين عن طريق التعبير اللفظي وبالتعبيرات الجسمية ، وطلبت من الأطفال ملاحظة الفرق بين الموقفين ، وقدم الأطفال بعد ذلك نماذج لمواقف فرح وقلق وخوف حدثت لهم كما فعلت منفذة البرنامج وتم تشجيع المجموعة على الحوار والمناقشة ، وبعدها قدمت كراسة العمل أثناء الجلسة لأداء الأنشطة الخاصة بالجلسة .

في نهاية الجلسة تم تلخيص ما تم تعلمه في الجلسة ومكافأة الأطفال بعد تحديد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

كتابة موقفي قلق موضعا بالإشارات الجسمية والأفكار .

الجلسة السادسة :

موضوع الجلسة :

مشاعر وانفعالات الخوف والقلق لدى الأطفال والاستجابات الجسمية لها .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة مفهوم المشاعر المختلفة والآثار النفسية والجسمية المصاحبة لها .
٢. تشجيع التعبير عن مشاعر الخوف والقلق لديهم واستجاباتهم النفسية والجسمية لها .

الفنيات المستخدمة :

النمذجة ، لعب الدور ، الإقصاح الذاتي ، والتعزيز ،
الواجبات المنزلية .

زمن الجلسة :

خمس وأربعون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي فردياً مع كل طفلة على حدة ، في حين قام أعضاء المجموعة الآخرين بإكمال ورقة عمل للمشاعر (وهي التوصيل بين قائمة المشاعر المختلفة وقائمة الإشارات الجسمية المعبرة عنها) . وبعد الانتهاء من المراجعة قامت منفذة البرنامج بمناقشة الأطفال في المواقف التي أثارت القلق لديهم والإشارات الجسمية والنفسية لهم ، وأفكارهم في تلك المواقف وعن الصعوبات التي واجهتهم في وصف مشاعر الخوف والقلق ومناقشة ورقة العمل . قامت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف سبب لها الخوف والقلق موضحة بالتعبيرات الجسمية والأفكار في ذلك الموقف ، ثم طلبت من الأطفال من ترغب أن تتخيل نفسها في هذا الموقف (لعب دور منفذة البرنامج) أو للمواقف الخاصة بها وتقدم نموذج للمجموعة موضحة أفكارها وإشاراتها الجسمية ، ثم شجعت الأطفال على التعبير عن أنفسهم وخبراتهم وتم مكافأتهم .

أوضحت منفذة البرنامج للأطفال فكرة أن المواقف المسببة للخوف والقلق لدينا ليست كلها بنفس الدرجة أو على مستوى واحد من الشدة ، فهناك مواقف تسبب مستويات مرتفعة/متوسطة/أو منخفضة ، ثم قامت مع الأطفال بإعداد مقياس درجة المشاعر والانفعالات (وهو عبارة عن صور لمشاعر مختلفة تختار الطفلة أربعاً منها تقصها وتلصقها على ورقة ملونة وتضع أمامها لرقام ١/٢/٣/٤ ، أو كلمات توضع أمامها - مرتفعة/ متوسطة/ منخفضة - تعبر عن درجة

المشاعر) بعد أن قدمت منفذة البرنامج نماذج أعدتها خصيصاً لهذا الغرض للأطفال .

قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف موضحة أفكارها وإشارات الجسم التي حدثت لها في الموقف ثم استخدمت مقياس المشاعر لتحديد نوع شعورها ثم مقياس درجة المشاعر لقياس شعورها في هذا الموقف (موقف قلق منخفض) ثم قدمت نماذج لمواقف قلق مرتفعة ومتوسطة بنفس الطريقة السابقة . بعدها قدم الأطفال نماذج لمواقف قلق لديهم وعبروا عنها كما فعلت منفذة البرنامج وكانت منفذة البرنامج تلاحظهم وتوجههم . وفي نهاية الجلسة تم تلخيص ما جاء بها ومكافأة الأطفال على المشاركة وتحديد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

كتابة مواقف مشاعر مختلفة وذات مستويات مختلفة من الشدة باستخدام مقياس المشاعر ودرجة المشاعر .

الجلسة السابعة :

موضوع الجلسة :

التدريب على الاسترخاء

أهداف الجلسة :

١. مراجعة مفهوم المشاعر المختلفة خاصة الخوف والقلق وإشارات الجسم .

٢. إنشاء مدرج للمواقف التي تثير القلق للمجموعة ككل ، ولكل عضو على حده .

٣. تقديم التدريب على الاسترخاء والدور الذي يلعبه في خفض التوتر المرتبط بالقلق

الفنيات المستخدمة :

النمذجة ولعب الدور والتعزيز والاسترخاء والواجبات المنزلية

مدة الجلسة :

خمس وأربعون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي الخاص بكل طفلة على حده مركزة على الإشارات الجسمية التي شعرت بها الطفلة في المواقف المكتوبة ، ثم طلبت من الطفلة تقديم نموذج لموقف واحد من المواقف المسجلة ، في حين قام أعضاء المجموعة بإعداد قائمة للمواقف المسببة للخوف والقلق لديهم .

طلبت منفذة البرنامج من أحد الأطفال ممن ترغب في تقديم نموذج أمام المجموعة لأحد المواقف المسببة للخوف والقلق لديها موضحة مشاعرها وإشارات الجسمية وأفكارها في الموقف . وشجعت منفذة البرنامج أطفال المجموعة على تقديم النماذج .

ناقشت منفذة البرنامج مع الأطفال فكرة أن كل الناس لديهم ما يخيفهم ويقلقون منه الكبار والصغار ، كما أنهم يتشابهون في أشياء ويختلفون في أشياء أخرى حتى في مخاوفهم وقلقهم ، لما يخاف منه شخص قد لا يخاف منه شخص آخر ، وتمت مناقشة مخاوف الأطفال المختلفة من خلال القوائم التي قاموا بإعدادها عن قلقهم ومخاوفهم والتي تم من خلالها توضيح أن الخوف والقلق خبرة عادية لأن كل منا يخاف من أشياء محددة المصدر ، فالقلق البسيط ليس طبيعياً فقط لكنه مفيد في أداء الأعمال ، أما القلق الزائد فهو يعيق الإنسان عن أداء العمل ، ثم أوضحت منفذة البرنامج للأطفال أن هذا البرنامج يساعدنا على التعرف على هذه المشاعر والانفعالات والتعايش معها بشكل أفضل من خلال ما سوف نتعلمه ونتكرب عليه .

شجعت الأطفال على طرح الأسئلة والمناقشة وتم تنظيم المخاوف المشتركة بينهم في قائمة خاصة بذلك ، وكذلك المخاوف الخاصة بكل طفلة .

أوضحت منفذة البرنامج أن الناس تستجيب لمشاعر وانفعالات الخوف والقلق بتعبيرات وإشارات جسمية مختلفة ، فالإنسان مثلاً عندما يكون قلقاً يشعر أن بعض عضلات جسمه مشدودة وتؤلمه ، وكثيراً ما يشكو في حالة الخوف والقلق من الصداع وسرعة ضربات القلب وآلام في جسمه ، ولأن التكريب على الاسترخاء هو من أحد الخطوات الهامة والأولى في التغلب على القلق والخوف .

قامت منفذة البرنامج فكرة التكريب على الاسترخاء للأطفال بأن تتخيل كل طفلة نفسها في موقف قلق وخوف مركزة على ما تشعر به من إشارات جسمية تحدث لها خاصة عضلات الجسم ، ثم تتخيل نفسها في موقف فرح ، وتلاحظ الفرق بين موقف القلق الذي تكون فيه بعض عضلات الجسم مشدودة ، فهي من الإشارات الجسمية المرتبطة مع الشعور بالقلق وموقف السعادة الذي يكون به الجسم مسترخياً .

ولتوضيح مفهوم الشد والاسترخاء قامت منفذة البرنامج بتقديم نموذج للشد والاسترخاء باستخدام تمرين الإنسان الآلي والدمية المتحركة ، وهو عبارة عن تقليد مشية الإنسان الآلي الذي يمشي ويكون الجسم مشدوداً ، ثم مشية الإنسان في حالة الاسترخاء . بعد ذلك قام الأطفال بأداء هذا التمرين وتشجيعهم على ملاحظة ومناقشة الفرق بين مشية الإنسان الآلي والدمية ، ثم القيام بأداء ورقة العمل الخاصة بالجملة والتي تم مناقشتها معهم .

قامت منفذة البرنامج بتقديم إجراءات التكريب على الاسترخاء على أساس أن هذا التكريب يساعدنا على التمييز بين الشد والاسترخاء في عضلاتنا ، وعلماً كيف نسترخي ، حيث أننا سوف نعمل من خلال مجموعة العضلات المختلفة نشدها أولاً ثم نرخبها ثانياً ، وحتى نشعر بالهدوء قبل القيام بالاسترخاء علينا الآن القيام بهذه الخطوات :

١. اختيار مكان مناسب مريح قد يكون غرفة النوم أو غرفة المكتب.
٢. التخلص من الأشياء المسببة لأي ضوضاء في المكان المستخدم ومراعاة الضوء الخافت .

٣. لبس ملابس مريحة فضفاضة والتخلص من الملابس الضيقة
وخلع الحذاء .

٤. خلع العصاة اللاصقة من على العيين أو النظارة الطبية إن
وجدت .

٥. الجلوس أو النوم على كرسي مائل مريح أو على الأرض عند
الرغبة لعدة دقائق .

٦. غلق العينين واليدين في الاسترخاء والتنفس (شهيق/ زفير) ببطء
وعمق وتخيل أننا أصبحنا نطير في الهواء ونتخيل شيئاً جميلاً
البحر مثلاً ونحن مستمرين في التنفس شهيق وزفير ببطء وعمق
قائلين لأنفسنا سوف نسترخي لعدة دقائق ، ونحن نستمع للتعليمات
التي نتد وتترخي مجموعة من عضلاتنا والآن نبدأ :

بعد أن تم إطفاء الأتوار علينا أخذ وضع مريح في الغرفة
وإغلاق أعيننا وأخذ نفس عميق (شهيق / زفير) وعلينا أن نركز على
ما نشعر به أجسامنا ، سوف نقدم اليوم التدريب على استرخاء اليد
والذراع والكتف :

أولاً : اليد :

نكون قبضة من اليد اليمنى ونضغط عليها بقوة وهذا يجب
أن لا تكون أطرافنا طويلة حتى لا تؤذي أنفسنا ونعد من ١ الى ١٠
ممتاز ، الآن نرخي يدا بسرعة ونحن نعد أيضاً من ١ الى ١٠
ونلاحظ النتائج الجسمية لهذا التمرين بين العضلة المشدودة
والمسترخية (الفاء والتمثيل والاسترخاء) نكرر هذا التمرين مع
اليد اليسرى مع بنفس الطريقة . وعلينا أن نتذكر دائماً أن الشعور

بالشد والاسترخاء لا يحدث في نفس الوقت في نفس العضلة ونحن نستخدم هذا التمرين حتى نفل من الأعراض الجسمية التي نشعر بها عند الشعور بالضيق والخوف والتوتر .

ثانياً : الذراع :

علينا اني معصم اليد إلى الخلف بشدة ووضعه على مسند الكرسي ونحن نعد من (١ إلى ١٠) ، ثم إرخاؤه والعد أيضا من (١ إلى ١٠) ، ونلاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء التي تحدث له ، ثم ننهي الذراع من المرفق ونتركه يسقط بشكل حر مع الاسترخاء ، ويكرر هذا التمرين مرة بيد واحدة ثم باستخدام اليدين .

ثالثاً : الكتف :

نفكر في العضلات الموجودة في أكتافنا وأذرعنا ورقبتنا ، ثم نقوم برفعها تكريجيا نحو آذاننا ونسحبها تجاه عموئنا الفقري ونشد عضلات رقبتنا بوضع رأسنا قليلا إلى الخلف ونستمر هكذا نرفع أكتافنا وأذرعنا ونشدها بقوة تجاه رأسنا ورقبتنا ونحن نعد من (١ إلى ١٠) ونحن نلاحظ ما نشعر به من الشد والألم في أكتافنا وأذرعنا ورقبتنا ، ثم نرخي وتدع أكتافنا وأذرعنا ورقبتنا ، ونحن نعد من (١ إلى ١٠) ونلاحظ كيف أصبحت أكتافنا وأذرعنا ورقبتنا أكثر استرخاء نكرر هذا التمرين .

في نهاية الجلسة طلبت منفذة البرنامج من الأطفال كتابة أو تسجيل على أشرطة كاسيت مواقف مثيرة للخوف والقلق لديهم بعد أن أحضرت لهم أشرطة كاسيت ، للتعليم بتمرينات الاسترخاء .

الواجب المنزلي :

كتابة أو تسجيل مواقف مثيرة للخوف والقلق والقيام بتمارين التدريب على الاسترخاء .

الجلسة الثامنة :

موضوع الجلسة :

لحوار الذاتي ودوره في المواقف المثيرة للقلق .

أهداف الجلسة :

١. التدريب على الاسترخاء (الرأس والرقبة) .
٢. تقديم مفهوم الحوار الذاتي للناس في المواقف المختلفة وتأثيره على سلوكهم .
٣. تشجيع الأطفال على البدء في الإفصاح الذاتي لهم في المواقف المختلفة .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور والنمجة والتعزيز والإفصاح الذاتي والاسترخاء .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة أثناء الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمناقشة الواجب المنزلي مع كل طفلة مركزة على استجاباتها الجسمية وأفكارها في المواقف ثم خیرتها في تمرين الاسترخاء ، في حين كان أعضاء المجموعة يقومون بعمل ورقة الشعور بالخوف وتم مكافأة الأطفال بعد الانتهاء من المراجعة .

قدمت منفذة البرنامج مفهوم الحوار الذاتي للأطفال قائلة بأننا عندما يحدث لنا موقف فأنا نحدث أنفسنا أو نجري حواراً أو حديثاً بيننا وبين أنفسنا عن الموقف الذي حدث أو الذي سوف يحدث (ماذا وكيف سيحدث) وتظهر علينا مشاعر بسبب حديثنا هذا الذي يتضمن تفكيرنا وهذا ما نسميه (الكلام الذي أقوله في قلبي ولا يسمعي فيه أحد إلا الله) ، وإن هذا الحديث هو الذي يؤثر في سلوكنا أو تصرفنا مع أنفسنا أو مع الآخرين ، ثم قدمت منفذة البرنامج نماذج لمواقف مشاعر إيجابية ومليئة والحوار الذاتي الذي كان بها .

قدمت أوراق عمل خاصة بهذه الجلسة وهي عبارة عن رسوم كرتونية لمواقف بسيطة تظهر مشاعر مختلفة وعلى الأطفال كتابة الحوار الذي قد يكون في هذه المواقف ، ثم أوراق عمل فردية لمواقف بسيطة عليهم كتابة الأفكار التي يفكرون بها عندما تحدث لهم هذه المواقف . وناقشت معهم ما تم كتابته في أوراق العمل قائلة بأن الحديث مع النفس هو أمر هام وفعال للتخلص من مشاعر الخوف والقلق حيث أنه يحول الشعور بالعجز إلى الشعور بالثقة والاستقلالية والشجاعة ، وقدمت نموذجاً لموقف قلق حدث لها وكيف شعرت في

الموقف وإشاراتها الجسمية وأفكارها فيه (ماذا سيحدث ؟ هل حدث لي هذا من قبل ؟) وشعورها بعد ذلك وهي تشجع الأطفال على المناقشة وطرح الأسئلة .

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال بالترتيب تقديم نماذج لمواقف حدثت لهم ويمكنهم اختيار أحد المواقف المسجلة في الكرسي الخاصة بهم ، وذلك بنفس الطريقة التي قدمت منفذة البرنامج بها موقفها . بعد ذلك قدمت منفذة البرنامج التكريب علي استرخاء الرأس والرقبة ، حيث طلبت في البداية من الأطفال الذين يلبسون النظارات الطبية والعصيات اللاصقة خلعها قبل البدء في التكريب .

تكريب استرخاء الرأس والرقبة :

الآن سوف ندفع بعضلات وجهنا كلها تجاه انفنا لتصبح مشدودة ونشد كذلك عضلات انفنا (يعني نكشر بوجهنا ونجعد انفنا بقوة قدر ما نستطيع) ونضع أسناننا على بعض بقوة بمساعدة عضلات رقبتنا ونحن نعد من ١٠ الى ١٠ ونفكر ونلاحظ ما نشعر به من شد وألم في وجهنا وانفنا وجبيننا وفمنا وفكنا كذلك ، ثم نرخي كل عضلات وجهنا وفكنا ونعد من ١٠ الى ١٠ ونلاحظ أيضا ما نشعر به من الراحة والاسترخاء نشعر بان الأكم والشد اخذ يبعد ويترك يدنا وذراعنا وكفائنا ورفقتنا ووجهنا وانفنا وفكنا وأنها أصبحت مسترخية ومرتاحة ، علينا أن نلاحظ إذا كان لدينا أي مشكلات في أسناننا لا تساعدنا أن نقوم بهذا التمرين بشكل جيد لكننا نحاول قدر ما نستطيع .

في نهاية للجلسة تم مكافأة الأطفال على المشاركة ، وحدد الواجب المنزلي بكتابة موقنين قلق وممارسة تمارين التكريب على الاسترخاء التي تم تعلمها .

الواجب المنزلي :

كتابة موقني قلق وممارسة تمارين التكريب على الاسترخاء .

الجلسة التاسعة :

موضوع الجلسة :

تعديل الحديث الذاتي السلبي إلى حديث ذاتي إيجابي .

أهداف الجلسة :

1. تقديم التكريب على استرخاء الصدر ، والبطن ، والظهر .
2. تشجيع الأطفال على تعديل الحديث الذاتي السلبي إلى حديث ذاتي إيجابي .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، الإقصاح الذاتي ، والاسترخاء ، والتعزيز ، والواجبات المنزلية .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي بشكل فردي مع كل طفلة على حده مركزة على تمييز الطفلة للمشاعر والأفكار والإشارات الجسمية في المواقف المسجلة بالكراسة ، وفي هذه الأثناء كان أعضاء المجموعة يقومون بعمل ورقة استدعاء الأفكار وهي عبارة عن ورقة بها مواقف نقرا ونكتب الأفكار التي قد يفكر بها الأشخاص في هذه المواقف وتم مناقشتهم ومكافأهم .

قامت منفذة البرنامج بأداء تمارين الاسترخاء الخاصة بالصدر والبطن والظهر قليلة الآن سوف نقوم بدفع عضلات البطن إلى الداخل تجاه الظهر ونجعل عضلات معدتنا وصدرنا مشدودة بإحكام جامدة لا تتحرك كأننا نسحب معدتنا إلى الداخل ونحاول أن ندخلها أو حتى عظام الظهر ، ومرة أخرى نقبض معدتنا ونجعلها تلمس عظم ظهرنا ونجعلها صغيرة وجامدة قدر ما نستطيع نشدها بقوة وننخيل أننا نتوقع لكمة في معدتنا ونعد أنفسنا لها ، نأخذ نفساً عميقاً إلى الداخل ونسحب معدتنا ، لا تساعدنا في ذلك عضلات أرجلنا وأصابعنا وأقدامنا بدفعها بقوة على الأرض ، ونشعر أن عضلات معدتنا وصدرنا أصبحت مشدودة وتؤلماً ونغد من ١٠ الى ١٠ ونفكر بما نشعر به ، ثم نرخي عضلاتنا ونطلقها كلها ونلاحظ كيف أنها أصبحت دافئة وطيقة ونأخذ زفير ونشعر أن عضلات معدتنا مسترخية وأن الشد يبعد عن صدرنا وننتفص بهدوء وعمق (شهيقي/زفير) كل هذا ونحن نعد من ١٠ الى ١٠ ونكرر هذا للتمرين ونحن نركز على ملاحظة الفرق بين الشد والاسترخاء في عضلاتنا .

الآن نشد عضلات أسفل الظهر (المؤخرة) بضم وضغط أردافنا ونقرس ظهرنا تكريجيا وندع عمودنا الفقري يساعدا في ذلك نشعر بالشد والكم ونعد من ١٠ الى ١٠ ، الآن ندع الشد يذهب عنا ونرخي عضلاتنا ونشعر بالاسترخاء فيها أعمق وأعمق ونرخي أكثر وأكثر قدر ما نستطيع بحيث نشعر بالنقل تكريجيا في نهاية ظهرنا وأرجلنا وأقدامنا ولن الشد يذهب عنهم تكريجيا ونحن نعد من ١٠ الى ١٠ .

ناقشت منفذة البرنامج مع الأطفال مفهوم الحوار الذاتي الذي قدمته في الجلسة السابقة وقدمت نموذج لموقف خوف حدث لها والحوار الذاتي الذي دار في نفسها في هذا الموقف وإشاراتها الجسمية وأفكارها في الموقف ، ثم قدمت نموذج آخر لموقف سعيد حدث لها أيضا موضحة مشاعرها وإشاراتها الجسمية وأفكارها (الحوار الذاتي) في هذا الموقف ، وطلبت من الأطفال ملاحظة الفرق بين الموقفين الأول والثاني من حيث الإشارات الجسمية والأفكار (الحوار الذاتي) .

أوضحت منفذة البرنامج للأطفال أن هناك أفكاراً سيئة (حواراً ذاتياً) سيئاً وهي الأفكار السيئة السلبية التي نفكر بها في الموقف وتجعلنا نشعر بالتوتر والخوف والقلق أكثر مثلاً كان أقول بأن شيئاً ما سيئاً سوف يحدث ، ولأن هناك خطراً قائماً هذا يسمى الحديث الذاتي السلبي وتوقع الأشياء السيئة لأنه جعلنا نخاف ونتضيق أكثر ، وقدمت منفذة البرنامج نموذج لموقف قلق قائلة عندما يكون لدي امتحان فأقول في نفسي أن الأسئلة صعبة وأنا لن أتمكن من الإجابة عليها وسوف أرسب في الامتحان ثم أعاقب من قبل والدي والمدرسة ويسخر مني زملائي (أفكاري) ويمضي الوقت ولنا أفكار بهذا وذلك ساعات وساعات

ولا ادرس (هذا ما فعلته -سلوكي) وأشعر أكثر بالخوف والتوتر والقلق (مشاعري) وبطني تؤلمني ورأسي وعضلاتي مشدودة وابكي (إشارات جسمية) ، هذا عندما فكرت بهذه الأفكار السلبية ، لكنني لو فكرت لفتني سوف أجيب على أسئلة الامتحان واحصل على درجات مرتفعة ومكافأة من المدرسة ومن والذي هذه (أفكار إيجابية) تجعلني أشعر بالراحة (مشاعري) وسوف أركز وادرس ولن أضيع الوقت (سلوكي) .

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال تقديم نماذج لمواقف بها أفكار إيجابية /وسلبية من كراسة الواجب المنزلي بعد أن قدمت هي بنفسها مواقف لذلك وشجعت الأطفال على المناقشة ، ثم وزعت عليهم ورقة للعمل الخاصة بهذه الجلسة وتم مناقشة الورقة بعد الانتهاء منها، وفي نهاية الجلسة تم تلخيص ما جاء فيها وتحديد الواجب المنزلي ومكافأة الأطفال .

الواجب المنزلي :

كتابة موقفي قلق وممارسة تمارين الاسترخاء .

الجلسة العاشرة :

موضوع الجلسة :

تنمية أسلوب حل المشكلة للتحكم في القلق .

أهداف الجلسة :

١. تقديم التدريب على استرخاء الساقين والتقدمين .
٢. تنمية إستراتيجية التحكم في القلق .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمجة ، حل المشكلة ، والاسترخاء ،
والتعزيز والواجبات المنزلية .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي بشكل فردي مع كل طفلة مركزة على ما إذا كانت تستطيع الطفلة أن تميز المشاعر (الإيجابية /السلبية) والأفكار (الجيدة /السيئة) والإشارات الجسمية في المواقف المسجلة بالكراسة ، في حين يقوم بقية أعضاء المجموعة بعمل ورقة تصنيف الأفكار إلى إيجابية وسلبية وتم مكافأتهم بعد الانتهاء . ثم مراجعة مفهوم الحوار الذاتي ودوره في مشاعر التوتر والضيق لدينا .

قامت منفذة البرنامج بتقديم التدريب على استرخاء الساقين والتقدمين قائلة الآن علينا أن ندفع بأصابع أقدامنا أسفل على الأرض بقوة قد نحتاج إلى أن تساعدنا أرجلنا في الدفع نشرع بالمد وشد في

أقدامنا ونحن نعد من ١ إلى ١٠ ، ثم نرخي أقدامنا ونجعل أصابعنا طليقة ونشعر بالراحة والاسترخاء والنفاء ونحن نعد من ١ إلى ١٠ ، الآن نفكر في ساقنا ونبدأ في شد عضلاتها ، إذا كنا نجلس على الكرسي نرفع الساق أعلى وتبقى هكذا أماننا ونحن نشعر بالشد والأكم فيها ونعد من ١ إلى ١٠ ، الآن نجعل قدمنا تلامس الأرض وتعود ساقنا إلى وضعها الطبيعي لجعلها أينة رخوة وثقيلة ونحن نشعر بالفرق وأن الشد يتلاشى عنها تدريجياً أيضاً ونحن نعد من ١ إلى ١٠ . ونكرر هذا التمرين . نفكر في عضلات الفخذ ونشدها بدفع أرجلنا إلى أعلى معاً بقوة قدر ما نستطيع نشعر بالشد ونستمر كذلك ونحن نعد من ١ إلى ١٠ ونفكر بما نشعر به ، الآن نجعلها تسترخي ونشعر بالفرق وأن الشد يتلاشى منها تدريجياً وأنها أينة ثقيلة وأن فخذنا وساقنا أصبحت ثقيلة وأن الشد يتلاشى منها تدريجياً ، وأنها تنزل على الأرض لو على الكرسي ندع شعورنا بالاسترخاء ينتشر أعلى من أقدامنا أعلى من خلال أرجلنا نرخي فخذنا وأسفل ظهرنا ونحن نعد من ١ إلى ١٠ .

لتقديم الإستراتيجية التي تساعد الأطفال على التحكم في التلق طرحت منفذة البرنامج على الأطفال مجموعة من الأسئلة التي تذكرهم بالخطوات التي تم تعلمها في الجلسات السابقة للسؤال الأول كيف اعرف أنني قلقة أو خائفة (من يخبرني بذلك) والتي تسمى بالخطوة الأولى ، والسؤال الثاني ما الأفكار التي أفكر بها (ماذا أتوقع) وهي الخطوة الثانية ، هنا قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف قلق موضحة الإشارات الجسمية التي ظهرت عليها بسبب قلقها وخوفها (وهذه

الخطوة الأولى شعوري بالخوف ؟ ثم الأفكار التي فكرت بها وحوارها الذاتي (توقع الأشياء السيئة) وهذه الخطوة الثانية وكانت تشجع الأطفال على طرح الأسئلة والمناقشة . ثم طلبت من أحد الأطفال لعب الدور في الموقف مكان منفذة البرنامج وتم تشجيع بقية أعضاء المجموعة على المناقشة والاستفسار .

بعدها قدمت منفذة البرنامج الخطوة الثالثة (إستراتيجية التغلب على القلق) ووزعت على الأطفال بطاقات كتب بها خطوات التغلب على القلق :

الخطوة الأولى : هل أخبرني جسمي أنني خائفة وقلقة وظهرت على إشارات جسمية معينة هنا آخذ نفساً عميقاً ولأحاول أن أرخي عضلات جسمي المشدودة .

الخطوة الثانية : ما هو حولي الذاتي (أفكاري التي فكرت بها ، وماذا أتوقع هل هناك أي سبب يجعلني أفكر بذلك (تفكير سلبي سيئ) أنا خائفة من حدوث شيء ما سيئ ، هل حدث هذا من قبل لماذا فكرت في الموقف بهذه الصورة ؟ (للحديث الذاتي القلق) هنا تنمية الحديث الذاتي الإيجابي وتطبيقه لمعرفة أن الموقف ليس مخيفاً بهذه الصورة .

الخطوة الثالثة : هذه الخطوة الثالثة تسمى أسلوب حل المشكلة والتغلب على الخوف والقلق (كيف أتصرف وماذا أفعل) بعد أن أعرف أنني خائفة وأخبرني جسمي بذلك وأفكاري سيئة لأنها زادت من قلقي وخوفي الآن أريد أن أتغلب على هذا الخوف والقلق (كيف أحل مشكلتي) وقدمت بطاقة مكتوب عليها مجموعة

من الأسئلة لحل المشكلة وهي : ماذا افعل حتى اجعل هذا الموقف اقل قلقاً وخوفاً ؟ ما هي البدائل حتى أغير الموقف ؟ ما هو أفضل شيء يمكن عمله ؟ تحديد أي البدائل الممكنة لحل المشكلة ؟ وهنا قدمت منفذة البرنامج خطوات حل المشكلة والتي تيسر وفقاً لهذه الخطوات الآتية :

- ما هي مشكلتي علي أن احدد مشكلتي في الموقف .
- ما هي الحلول الممكنة لحل هذه المشكلة (الحلول التي اقترحها لحل المشكلة) .
- اختيار أفضل الحلول بعد اختبار كل الحلول المقترحة .
- تطبيق الحل المناسب لحل المشكلة (طبق الحل المناسب) .
- تقييم النتائج بعد تطبيق الحل المناسب (تقيم النتائج التي حصلت عليها بعد تطبيق الحل) . وهنا تم الاستعانة بأمثلة من أوراق العمل الخاصة بهذه الجلسة والتي تم شرحها للأطفال لعملها ثم مناقشتهم بها .

ولإيضاح استخدام الخطوات الثلاثة للتغلب على القلق قدمت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف قلق حدث لها وطلبت من الأطفال تذكرها بالخطوات الثلاثة السابقة ، وبعدها قدم الأطفال نماذج لمواقف من الكراسة باستخدام الخطوات الثلاثة ، وفي نهاية الجلسة تم تحديد الواجب المنزلي ومكافأة الأطفال على المشاركة .

الواجب المنزلي :

كتابة موقف قلق وممارسة تمرين الاسترخاء .

الجلسة الحادية عشرة :

موضوع الجلسة :

تابع تنمية إستراتيجية حل المشكلة للتحكم في القلق .

أهداف الجلسة :

١. تقديم التدريب على استرخاء الجسم كله .
٢. استمرار تشجيع الأطفال على استخدام إستراتيجية حل المشكلة .

الغيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، حل المشكلة ، والاسترخاء ،
والتعزيز ، والواجبات المنزلية

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي بشكل فردي
مع كل طفلة على حدة مركزة على قدرة الطفلة على التمييز بين
الخطوات الثلاثة للخطوة ، في حين قام بقية أعضاء المجموعة بكتابة
الخطوات الثلاثة على بطاقات .

قامت منفذة البرنامج بتقديم التكرير على استرخاء الجسم كله قائلة : الآن وبعد أن قمنا بشد وإرخاء مجموعة العضلات السابقة ، علينا أن نفكر الآن في جسمنا كله ، الآن كلها أصبحت ثقيلة ومسترخية لا يوجد بها أي شد ونختل أن الشد يبعد عن جسمنا ، ونحاول أن نستمع إلى صوت تنفسنا وأنزعنا وأرجلنا ورأسنا مسترخية كل جسمنا ، أيضا وقد نشعر بصعوبة التحرك والقل والتعلس وهذا جزء من الاسترخاء . وعندما تأتي تخیلات مزعجة في أذهاننا (مثلا تذكر أشياء تخافي منها أو تسبب لك الضيق) لا نهاجمها فقط نعرفها وندعها تمر ونشعر نحن كأننا منفرجين ومستمتعين لكنها ليست لنا (لا نفكر بها فقط نتخرج عليها كأننا نرى التلفزيون) نستمتع بمشاعر الاسترخاء لعدة دقائق أكثر ، ويمكننا أن نتذكر شيئا ما يشعرونا بالسعادة والهدوء . الآن سوف نعد من ٤-١ ، عندما نصل إلى رقم ١ نفتح أعيننا ونستمر في الاسترخاء قبل أن نتحرك مرة أخرى سوف نشعر بالسعادة والاسترخاء . الآن نشعر أننا منتبهون ، و٣ نبدأ حقا للتحرك مرة أخرى ٢ نشعر بما حولنا ، و١ نفتح أعيننا ونشعر بالاسترخاء وأنا منتبهون .

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الخطوات الثلاثة مع الأطفال بتطبيقها على مواقف خوف وقلق حدثت للمجموعة ومسجلة في كراسة الواجب المنزلي وشجع الأطفال على المناقشة والحوار . وطلب من كل طفلة تقديم نموذج أمام المجموعة بحيث تذكر الموقف وطفلة أخرى توجهها في كل خطوة من الخطوات في الموقف وبالترتيب مع بقية أعضاء المجموعة .

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال كتابة أمثلة على كل خطوة من خطوات التغلب على الخوف والقلق والتي تم كتابتها في بداية الجلسة ، وفي نهاية الجلسة تم تلخيص ما جاء بها ثم حدد الواجب المنزلي وتم مكافأة الأطفال .

الواجب المنزلي :

كتابة موقفي قلق وممارسة للتدريب على الاسترخاء .

الجلسة الثانية عشرة :

موضوع الجلسة :

التقييم والمكافأة الذاتية ودورها في التحكم في القلق .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة مختصرة لخطوات التغلب على القلق الثلاثة .
٢. تقديم مفهوم تقييم ومكافأة الذات .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، والاسترخاء ، والتعزيز ، والواجبات المنزلية ، تقييم ومكافأة الذات .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة الواجب المنزلي بشكل فردي مع كل طفلة مركزة على قدرة الطفلة على التمييز بين الخطوات الثلاثة للخطوة ، في حين قام بقية أعضاء المجموعة بكتابة أي صعوبة لديهم في التمييز بين الخطوات الثلاثة .

قامت منفذة البرنامج والأطفال بأداء التكرير على الاسترخاء هي أولاً ، ثم الأطفال طفلة طفلة ثانياً ، للتأكد من معرفة الطفلة ممارسة هذا التكرير ، ثم جماعياً مع الأطفال ، وتم مناقشتهم في الصعوبات التي واجهتهم عند أداء التكرير على الاسترخاء .

بعد ذلك قدمت منفذة البرنامج مفهوم تقييم ومكافأة الذات قائلة اليوم سوف نتعلم الخطوة الأخيرة في خطتنا للتغلب على الخوف والقلق ، وهي التقييم والمكافأة بعد أن نراجع الخطوات الثلاثة السابقة وبدأت بمناقشة معنى المكافأة بأنها الشيء الذي نحصل عليه عند أداء العمل المطلوب منا القيام به أداء جيداً ، والتي نحصل عليها من الوالدين على مساعدتنا لهما وإطاعة الأوامر مثلاً ، أو من المدرسة عند الحصول على درجات مرتفعة والالتزام بإرشاداتها ، أو من أنفسنا بعد الانتهاء من كتابة الواجب المنزلي مثل قضاء فترة من الزمن لمشاهدة التلفزيون أو اللعب مع الإخوة والأصدقاء ، وهنا طلب منهم إعطاء أمثلة لأنواع المكافآت التي حصلوا عليها من الآخرين ومن أنفسهم ، وتم مكافأتهم على المشاركة والمناقشة .

بعد ذلك انتقلت منفذة البرنامج إلى مفهوم تقييم الذات قائلة للأطفال سوف نتناول مفهوم تقييم الذات وفي الجلسة القادمة سوف نتحدث عن المكافأة وبدأت في تقديم المفهوم من خلال نموذج لموقفين:

الأول : قمت بمساعدة أمي في المنزل وكنت سعيدة وأنا أساعد أمي وقلت في نفسي إن أمي سعيدة مني الآن وسوف أساعدها في كل مرة فأنا بنت ممتازة لأنني ساعدت والدتي بالمنزل وقد تكافأني أمي بالذهاب إلى السوق أو زيارة أصدقائي ، وطلبت منفذة البرنامج من الأطفال تحديد الخطوات الثلاثة التي تم تعلمها الأولى : ما هي مشاعري ؟ الثانية : ما هي أفكارى ؟ الثالثة : ماذا افعل ؟ الرابعة : التقييم والمكافأة .

الثاني : كنت نائمة وسمعت صوتاً وفزع من نومي وأخذت ارتجف ويتسبب العرق من جسمي وقلبي يخفق بسرعة ولا أستطيع أن أتحرك وقلت في نفسي إن هذا صوت لص سوف يقتلني ويسرق منزلنا وقد يقتل والدي وأخذت أبكي وارتجف أكثر وقلبي يخفق بسرعة ، وتجمدت في مكاني ولم افعل شيئاً وزاد خوفي . ثم طلبت منفذة البرنامج من الأطفال تحديد الخطوات الأربعة في هذا الموقف وكيف أغير من حالة الطفلة هنا (التأكيد على تقييم السلوك) .

انتقلت منفذة البرنامج بعد ذلك إلى معنى تقييم الذات ، ويقصد به ما هي نتيجة عملي ؟ هل أنا راضية أم سعيدة من عملي ؟ هل عملي جيد أو سيئ موضحاً أن التقييم يتم من الوالدين والمدرسين

والأصدقاء وأنفسنا وعلينا أن نتعلم كيف نقيم سلوكنا ، ثم ناقشت مع الأطفال هل يقيم كل واحد منهم سلوكه أم لا وكيف يقيمه ؟

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال تقديم نماذج لتقييم سلوكهم في مواقف مختلفة بعد أن قدمت لهم أمثلة لذلك على سبيل المثال تخيلوا أنكم ساعدتم فريقكم في المدرسة في تحقيق الفوز على فريق مدرسة أخرى ونجحتكم فيما فعلتم ما هو شعوركم ؟ ماذا فعلتم بعدها ؟ وبماذا فكرتم ؟ كيف قيمتم سلوككم ؟ والمكافأة التي حصلتم عليها . ثم قدمت أوراق العمل الخاصة بهذه الجلسة لمواقف عليهم قراءتها وتقييم السلوك والمكافأة في هذه المواقف وتم مناقشتهم بعد ذلك . وتم مكافأة الأطفال في نهاية الجلسة مع توضيح سبب المكافأة وتلخيص ما جاء بالجلسة وتحديد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

ممارسة تدريبات الاسترخاء .

الجلسة الثالثة عشرة :

موضوع الجلسة :

تابع التقييم والمكافأة الذاتية في التحكم في القلق .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة تدريب الاسترخاء .
٢. مراجعة خطوات التعامل مع القلق .

٣. مراجعة مفهوم تقييم الذات .

٤. تقديم مفهوم تقييم ومكافأة الذات .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، والاسترخاء ، والتعزيز ، وتقييم مكافأة الذات .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج ببدء التكريب على الاسترخاء مع الأطفال ، ثم مناقشة الخطوات الثلاثة للخطة التي تم تعلمها معهم ، ومفهوم تقييم الذات وإعطاء أمثلة لهذه الخطوات .

ناقشت منفذة البرنامج مع الأطفال مفهوم تقييم ومكافأة الذات الذي تم توضيحه في الجلسة السابقة ثم أنواع المكافآت المختلفة ، ثم طلبت منهم كتابة المكافآت التي يحبون الحصول عليها ولماذا ، وذلك في سبيل تعليمهم أنواع المكافآت (المادية /المعنوية) والمكافأة التي نحصل عليها حتى لو لم نكمل العمل بالشكل المطلوب لكن على خطوات المكافأة الجزئية موضحة أننا يجب أن نكافئ أنفسنا على أي نجاح نحققه ليس فقط عندما تكون النتيجة ١٠٠ % مثلا عندما ندرس للامتحان ونحاول أن نحصل على الدرجة الكاملة لكننا لم نحصل عليها هل نعاقب أنفسنا ونغضب ونبكي ونقول لأنفسنا أننا لسنا مثل بقية

الأطفال الممتازين ، فهذا حوار سلبي مع الذات هنا علينا أن نقول لأنفسنا أننا لم نحصل على الدرجة الكاملة لكننا سوف نحاول في المرة القادمة هذا لا يعني أننا غير ممتازين نحن حاولنا وهنا يجب أن نكون كافين لأنفسنا على المحاولة وتقييم سلوكنا لماذا لم نحصل على درجة كاملة وهنا طلبت منفذة البرنامج من الأطفال تقديم أمثلة لذلك .

قدمت أوراق العمل الخاصة بهذه الجلسة والتي تناولت التقييم والمكافأة (النجاح الكلي / والنجاح الجزئي) وتم مناقشتها بعد الانتهاء منها مع الأطفال . وفي نهاية الجلسة تم تلخيص ما جاء بها ومكافأة الأطفال وحدد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

ممارسة تدريب الاسترخاء .

الجلسة الرابعة عشرة :

موضوع الجلسة :

تقديم خطة التغلب على القلق .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة مفاهيم الجلسات السابقة .
٢. تقديم خطة التغلب على القلق .

الفنيات المستخدمة :

لعب الدور ، النمذجة ، والاسترخاء ، والتعزيز .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بأداء تمارين تدريب الاسترخاء مع الأطفال و تم مناقشتهم في المفاهيم المقدمة في الجلسات السابقة وهي المشاعر والانفعالات المختلفة كالقلق والخوف ، والإشارات الجسمية التي تظهر علينا عند الشعور بالخوف أو القلق مستخدمين مقياس المشاعر ومقياس درجة المشاعر وهي الخطوة الأولى ، ثم الحوار الذاتي (الأفكار وتوقع الأشياء السيئة) وهي الخطوة الثانية ، والأفعال (أسلوب حل المشكلة) وهي الخطوة الثالثة ، وأخيرا النتائج والمكافأة (تقييم ومكافأة الذات) وهي الخطوة الرابعة والأخيرة في الخطة وكانت تشجع الأطفال على المناقشة والحوار وطرح الأمثلة لكل مفهوم من هذه المفاهيم .

طرحت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف قلق على الأطفال وطلبت منهم تحديد كل خطوة من الخطوات الأربعة التي تم تعلمها في الجلسات السابقة وتم مراجعتها في بداية هذه الجلسة .

والموقف هو : هذه طفلة عليها أن تقدم فقرة في الإذاعة المدرسية وهي لا تحب أن تقف وتتحدث أمام الناس ... ما هي المشاعر التي قد تشعر بها الطفلة . . المطلوب هنا تحديد نوع مشاعر الطفلة وكيف تعرف هذه المشاعر لديها (من يخبرها بذلك أو بهذه المشاعر) وماذا نسمي هذه الخطوة ، الحوار للذاتي (الأفكار التي فكرت بها الطفلة) وماذا نسمي هذه الخطوة ماذا تفعل هذه الطفلة (وكيف يمكن أن تساعد هذه الطفلة) وماذا نسمي هذه الخطوة ، وما هي خطواتها . بعد أن قدمت للطفلة الفقرة في الإذاعة المدرسية ماذا قالت عن نفسها وقال عنها الآخرون وماذا قدمت لنفسها وقدم لها الآخرون (ماذا نسمي هذه الخطوة) وتم تشجيع الأطفال على المشاركة والمناقشة .

قامت منفذة البرنامج بلعب الدور لقصة هذه الطفلة وطلبت من الأطفال أن يوجهوها ماذا تفعل بنفس الخطوات السابقة .

طلبت من الأطفال لاختيار مواقف قلق أو خوف من الكراسة وتقديم نماذج أمام المجموعة بالترتيب بنفس الطريقة التي قدمت بها منفذة البرنامج الموقف وتم الاستعانة ببطاقات كتب عليها الخطوات التي استخدمت عدد الحاجة إليها .

قدمت منفذة البرنامج فكرة خطة التغلب على القلق قائلة أننا نتحدثنا عن أربع خطوات وهي الشعور بالخوف ، وتوقع الأشياء السيئة ، والأفعال (حل المشكلة) ، والنتائج والمكافآت (تقديم ومكافأة الذات) أن هذه الخطوات هي الخطة التي نستخدمها للتغلب على

الخوف والقلق والتي تعلمناها في الجلسات السابقة وقدمنا على كل خطوة مواقف مختلفة .

ناقشت منفذة البرنامج مع الأطفال فكرة اختراع أو ابتكار أشكال/رسوم/أرقام/أحرف تذكرهم بخطة التغلب على الخوف والقلق ، حيث يتم وضع رمز لكل خطوة من الخطوات الأربعة وقدمت منفذة البرنامج لهم نماذج لذلك ، ثم طالبت منهم التفكير بذلك وإحضارها في الجلسة القادمة ، في نهاية الجلسة تم تلخيص ما جاء بها ومكافأة الأطفال وتحديد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

ممارسة التكرير على الاسترخاء واختراع أو ابتكار رسومات لتذكر خطة التغلب على القلق .

الجلسة الخامسة عشرة :

موضوع الجلسة :

تابع خطة التغلب على القلق .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة خطوات خطة التغلب على القلق .
٢. تشجيع الأطفال على تقديم اقتراحاتهم لتذكر خطوات خطة التغلب على القلق .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الفنيات المستخدمة :

لعب النور ، النمذجة ، والاسترخاء ، والتعزيز .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بإداء التدريب على الاسترخاء مع الأطفال . ثم مناقشتهم في خطوات التغلب على الخوف والقلق والخوف الأربعة . وطلبت منهم تقديم نماذج لمواقف قلق من كراسة الواجب المنزلي واستخدالم الخطة في التغلب عليها .

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال تقديم اقتراحاتهم لتذكر خطوات خطة التغلب على القلق .

قامت منفذة البرنامج والأطفال بتنفيذ هذه الرموز لخطوات الخطة على أوراق ملونة بعد أن وفرت لهم الأدوات اللازمة وتم تعليق هذه الخطة في الغرفة الخاصة بكل طفلة لتذكرها بخطوات الخطة لاستخدامها عند مواجهة موقف قلق . وفي نهاية الجلسة تم مكافأة الأطفال على مشاركتهم وحدد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

ممارسة التدريب على الاسترخاء .

الجلسة السابعة عشرة :

موضوع الجلسة :

التحصين التدريجي .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة خطة التغلب على القلق وتمارين الاسترخاء .
٢. مناقشة تحول الأنشطة في الجلسات المتبقية عن الجلسات السابقة.
٣. تقديم مفهوم التحصين التدريجي .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الفنيات المستخدمة :

النمذجة ، والاسترخاء ، والتعزيز ، والتحصين التدريجي .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

قامت منفذة البرنامج بمراجعة خطوات خطة التغلب على القلق ، وتمارين التدريب على الاسترخاء مع الأطفال .

شرحت منفذة البرنامج للأطفال تحول الأنشطة في هذه الجلسات الباقية عن الجلسات السابقة ، حيث يتحول لو ينتقل الأطفال من اكتساب مهارات إلى ممارسة هذه المهارات ، بدلاً من تعلم المشاعر والأفكار والأفعال وتقييم ومكافأة الذات ، هنا يتم التركيز على

ممارسة ما تعلمناه والذي يعتبر كيداية لجلسات الممارسة والتي سوف يستخدم فيها خطة التغلب على القلق ويشارك فيها أعضاء المجموعة .

أوضحت منفذة البرنامج الفرق بين الجلسات السابقة والجلسات الحالية بعرض موقف من المواقف السابقة الذكر ، والذي يسبب الضيق والعصبية والخوف وأخذت تصف كل خطوة من خطوات الخطة على حده ، بحيث تقوم بالترفة بينها وبين الجلسات القادمة ، بأن تلك الجلسات السابقة اعتمدت على الجانب المعرفي حيث ناقشت المفاهيم وتعاريفها ، أما الجلسات القادمة فهي جلسات لممارسة ما تم تعلمه واستخدم الخطة .

بدأت منفذة البرنامج في توضيح مفهوم التحصين التدريجي للأطفال بأنه عبارة عن مواجهة بين المواقف المثيرة للخوف والقلق ، واستجابة عدائية أخرى لتلك المواقف وهي الاسترخاء ، أي أن شخصاً يخاف من التحدث أمام الناس (موقف قلق) يتعلم كيف يسترخي عندما يشعر بالخوف في نفس الوقت (استجابة عكس القلق) ونحن هنا سوف ننظم المواقف التي تسبب لنا القلق من أقل إلى أعلى تدريجياً ثم نقوم بتقديم أقل المواقف المثيرة للقلق وفي نفس الوقت الاستجابة المضادة للقلق وهي الاسترخاء ، ثم أوضحت لهم المراحل التي يمر بها هذا الأجراء فالخطوة الأولى تعلم الاسترخاء ، أما الخطوة الثانية فهي حصر المواقف المسببة للقلق وترتيبها في مدرج هرمي من أقل إلى أكثر المواقف إثارة للقلق ، والخطوة الثالثة هي عملية التحصين التدريجي والتي يتم من خلالها المزوجة بين الاسترخاء والمواقف المسببة للخوف والقلق وتتمت منفذة البرنامج أمثلة لذلك .

في نهاية الجلسة قامت منفذة البرنامج والأطفال بممارسة ألعاب ترفيهية أخرى حول المشاعر والانفعالات (كنوع من النشاط الاجتماعي مع الأطفال) وتم تقديم مكافأة لهم وتحديد الواجب المنزلي .

الواجب المنزلي :

ممارسة التكريب على الاسترخاء .

الجلسة السابعة عشر إلى الجلسة السادسة والعشرين :

موضوع الجلسة :

تقديم للتحصين التدريجي .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة مفهوم التحصين التدريجي .
٢. تعرض أعضاء المجموعة للمدرج الهرمي للقلق .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الفنيات المستخدمة :

التحصين التدريجي ، النمجة ، التعزيز .

الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :

في بداية الجلسة قامت منفذة البرنامج بمراجعة ومناقشة الأطفال في مفهوم التحسين التدريجي الذي قدم في الجلسة السابقة ، وتشجيع الأطفال على طرح استفساراتهم وآرائهم حول هذا المفهوم .

قامت منفذة البرنامج نموذجاً لموقف قلق حدث لها موقف بسيط وبدأت في استخدام الخطوة للتغلب على القلق حيث الخطوة الأولى تعريف مشاعرها التي أخرجها بها جسمها ، ثم الخطوة الثانية وهي حوارها الذاتي وأفكارها (توقع الأشياء السيئة) ثم الخطوة الثالثة وهي الأعمال (حل المشكلة) ثم الخطوة الرابعة وهي تقييم ومكافأة الذات ، وانتقلت إلى ممارسة الاسترخاء وهنا أخذت منفذة البرنامج نصف للأطفال قائلة : إنني أتخيل نفسي في هذا الموقف المسبب للقلق، وسوف أبداً تدريجياً في رفع إصبع يدي اليسرى حين أبداً في تخيل منظر واستمر في تخيلي له وأنا في حالة استرخاء لمدة عشر ثوانٍ منذ بداية رفع إصبعي وعندما أشعر بالقلق أثناء تخيلي للموقف سوف أرفع يدي اليمنى وهنا أعود إلى حالة الاسترخاء مرة أخرى ، ولا أنتقل إلى الموقف التالي قبل أن أتمكن من تخيل الموقف السابق دون رفع إصبع يدي اليمنى والاسترخاء فترة بسيطة بين المراتين ، والانتهاء من الجلسة بمنظر نجحت في تخيله دون الشعور بالقلق .

هنا طلبت منفذة البرنامج من أحد الأطفال أن يؤدي دور منفذة البرنامج في الموقف الذي قامت به منفذة البرنامج حيث بدأت في ممارسة الاسترخاء وهي نصف للأطفال أنها في الموقف المسبب للقلق وبدأت

ترفع إصبع يدها اليسرى حيث تخيلت المنظر واستمرت في التخيل وهي في حالة استرخاء لمدة عشر ثوانٍ وعندما شعرت بالقلق رفعت إصبع يدها اليمنى وتم مناقشتها في الأفكار التي سببت لها القلق ونصحها ، وهذا عادت الطفلة إلى حالة الاسترخاء وانتهت بتخيل منظر نجحت في تخيله دون قلق وتم مكافئتها .

قدم أعضاء المجموعة بالترتيب مواقف مشابهة تتكرر قلقاً بسيطاً وكانت منفذة البرنامج والأطفال يترشدون كل طفلة أثناء أدائها للموقف في التغلب على القلق .

في الجلسات الجماعية للتعرض بعد أن تم حصر مواقف القلق عدد أعضاء المجموعة خلال الجلسات السابقة وضعت هذه المواقف في قائمة مترتبة بحيث يكون أكثر المواقف إثارة للقلق لديهم في أسفل القائمة وأقلها إثارة للقلق في أعلى القائمة وتم عرض القائمة على المجموعة ومناقشتهم فيها للتأكد من تسلسل المواقف من أقلها إثارة للقلق إلى أشدها إثارة له ثم بدلت جملات التعرض بنفس الطريقة السابقة الذكر .

في الجلسات الفردية للتعرض اتبع نفس الأسلوب مع كل عضو في إعداد القائمة ثم بدأ تعرض الطفلة بطريقة فردية لينود مدرج القلق الخاص بها تدريجياً من خلال مناقشة ونصحها ما لديها من أفكار خاطئة وتعديل توقعاتها عن الموقف المسبب للقلق ومساعدتها على الخروج من هذا الموقف تدريجياً خطوة خطوة باستخدام الاسترخاء والتعزيز ملاباً بالطوى أو منحويًا بالتشجيع

والاستحسان لما تحققه من تقدم على بنود مدرج للقلق الخاص بها .
وهكذا حتى تم الانتهاء من الجلسات المخصصة للتحصين التدريجي
وتأكدت منفذة البرنامج من اجتياز كل طفلة في المجموعة لقائمة مدرج
القلق بنجاح .

الجلسة السابعة والعشرون :

موضوع الجلسة :

الجلسة الختامية .

أهداف الجلسة :

١. مراجعة وتلخيص البرنامج الإرشادي .
٢. عرض برامج الأطفال التي قاموا بإعدادها .

مدة الجلسة :

خمسون دقيقة

الفنيات المستخدمة :

التعزيز .

الإجراءات التي اتبعت عند تنفيذ الجلسة :

ناقشت منفذة البرنامج الأطفال في البرنامج الإرشادي المقدم
ومدى استفادتهم منه ، والصعوبات التي واجهتهم في تطبيق البرنامج .

طلبت منفذة البرنامج من الأطفال ذكر المهارات التي تعلموها في البرنامج بلختهم . وتم مكافأة الأطفال على المشاركة والتفاعل ، وتم تحديد جلسة للتقييم .

الجلسة الثامنة والعشرون :

موضوع الجلسة :

التقييم .

أهداف الجلسة :

تطبيق مقياس اضطرابات القلق .

زمن الجلسة : ستون دقيقة

الإجراءات التي انتهت عند تنفيذ الجلسة :

تم تطبيق مقياس اضطرابات القلق (التطبيق البعدي) للتعرف على مدى فاعلية البرنامج في خفض مستوى اضطرابات القلق لديهم . تم الاتفاق مع الأطفال على موعد الحفلة التي نقيمها منفذة البرنامج لهم ولأمهاتهم بمناسبة انتهاء البرنامج في يوم الإجازة . قدمت منفذة البرنامج للأطفال جدولاً للاتصال بها عند الحاجة خلال فترة المتابعة . حددت منفذة البرنامج مع الأطفال موعد جلسة التقييم بعد انتهاء فترة المتابعة للتعرف على مدى استمرار اكتساب الأطفال للمهارات المكتسبة في البرنامج الإرشادي .

سلوك رفض المدرسة : School Refusal Behavior

على الرغم من عدم وجود فئة تشخيصية خاصة لهذا الاضطراب ، فهو يعد كأحد اضطرابات القلق لدى الأطفال ، فقد يظهر هذا الاضطراب كأحد الأعراض المصاحبة لبعض تلك الاضطرابات ، فمثلاً قد يتجنب الطفل الذهاب للمدرسة خوفاً من الأنشطة الاجتماعية هناك أو التحدث أمام زملاءه ، فهذا قد يكون عرضاً للمخاوف الاجتماعية ، وقد يكون كذلك بالنسبة لقلق الانفصال الذي يظهر في الخوف من الابتعاد عن الوالدين وعن المنزل ، وبالتالي يرفض الذهاب للمدرسة (ميزا وموريس Masia & Morris ، ١٩٩٨ ، ٤ - ٥) .

وتشير Mary M. Jensen (٢٠٠٥ ، ١٦٩) إلى أن هذا السلوك عادة ما يرجع إلى قلق الانفصال ، حيث يشعر الأطفال بالقلق عند الابتعاد عن الوالدين للذهاب للمدرسة خلال مراحل العمر الصغيرة وينشر هذا الاضطراب من ٢ - ٥ % من أطفال المدارس ويحدث خاصة عند فترة الانتقال من مكان إلى آخر . وقد يظهر لدى المراهقين عند الانتقال من المرحلة الابتدائية إلى الإعدادية وهكذا وتظهر مخاوف الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في الحالات التالية البعد عن الوالدين والذهاب بالباس أو الأكل في الكافتيريا واستخدام غرف الاستراحة في المدرسة ومذاقاتهم في الفصل أو تغيير ملابس المدرسة بملابس الرياضة والتفاعل مع التلاميذ أو المعلمين الآخرين .

في حين تحدث باحثون آخرون عنه كأحد المخاوف النوعية أو الخاصة التي توجد لدى الأطفال ، فمنهم من أطلق عليه الخوف المرضي

من المدرسة School Phobia وهو يقترب من مفهوم رفض المدرسة School Refusal (عباس عوض ، مدحت عبد الحميد ، ١٩٩٠ ، ٤٨) . وهناك من يسميه بالخوف المدرسي School Phobia والذي يشير إلى أحد أنواع الخوف بشكل عام (جاسم الكندري ، راشد سهل ، ١٩٩٢ ، ٣٩٢) . ومن يطلق عليه فوبيا المدرسة (نيفين زيور ، ١٩٩٨ ، ١٥٠) .

وعلى الرغم من اختلاف المسميات أو المصطلحات إلا أنها كلها تشير إلى الخوف المرضي من المدرسة ، فالسمة المميزة لهذا الاضطراب هي التردد وعدم الرغبة ورفض الذهاب للمدرسة ، حيث تظهر على الطفل بعض الأعراض الجسمية كالتهيج العصبي ، وآلم الرأس والمعدة ، والإسهال ، وقد يبكي الطفل ويتوسل لوالديه حتى لا يذهب إليها . (ميزا وموريس Masia & Morris ، ١٩٩٨ ، ٤ - ٥) .

وينتشر هذا الاضطراب بدرجة ملحوظة بالمراحل الدراسية الأولى والذي يتمثل في الخوف الشديد من الذهاب للمدرسة أو حتى نكر اسمها ، فيحتال الطفل ويتجمل الأعذار لعدم الذهاب أو قد يرفض بصراحة وبإصرار ، وغالباً لا يكون السبب في المدرسة بل في وجود تلاميذ يخشى عوانتهم أو سخريتهم أو مدرسين يهددونه بالعقاب ، وأحياناً يكون السبب في المنزل الذي تتوافر فيه الحماية الزائدة والتكليل المفرط ، فيتمسك الطفل بالبقاء في المنزل كراهاً للمدرسة التي لا يتوفر بها هذه المعاملة . (دري حسن عزت ، ١٩٩٠ ، ١٤٩) .

وترى نيفين زيور (١٩٩٨ ، ١٥٠) أن هذا الاضطراب ينتشر بين التلاميذ المجتهدين بقدر ما ينتشر لدى غيرهم من التلاميذ المتأخرين

دراسياً ، حيث يبدي بعض الأطفال أسباب مقنعة تبرز تصرفاتهم ، بينما يفقد البعض الآخر في إعطاء سبب واضح للرجعة في تركه للمدرسة .

ويرى ب . تب ولمان (١٩٨٥ ، ٦٥) أنه يمكن أن يفسر رفض المدرسة والخوف منها لدى الأطفال ، في ضوء شعورهم بالصراع القائم بين الرغبة في التحصيل والتفوق والخوف من المدرسة ، حيث يشعرون أنه لا ضرورة لها ولا ميرر لعقاب الوالدين . أو في ظل قلق الانفصال والمبالغة في تقدير الذات ، واشتراط المثير والاستجابة (جاسم الكنتري ورائد مهمل ، ١٩٩٢ ، ٤٤ - ٤٦) . في حين قدم كل من عباس محمود عوض ، منحت عبد الحميد (١٩٩٠ ، ٥٨ - ٥٩) في دراستهما للخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال ثلاثة عوامل هي الخوف من المدرسة والرغبة في البقاء في المنزل كعامل عام ، ثم الخوف من المدرسين ومن الامتحانات .

ولوضح رياض نايل العالسي (١٩٩٥) في دراسته التي تناول خلالها العوامل النفسية والأسرية والاجتماعية والمدرسية للشعورية واللاشعورية التي تسهم في ظهور هذا الاضطراب لدى الأطفال المتمثلة في الخوف من العدوان الخارجي والصراعات الناتجة عن إحباطات وضغوط يتعرض لها في البيئة الأسرية ، فيبدو عدم إشباع حاجته إلى الإحساس بالأمان والانتماء الذي يقترن بمشاعر الحزن والاكتئاب وانخفاض التوافق العام الشخصي والاجتماعي لدى الطفل .

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

١. إبراهيم علي إبراهيم (١٩٩٧) : الاتجاهات الحديثة في العلاج السلوكي ، مجلة البحث في التربية وعلم النفس ، جامعة المنيا ، العدد ٣ ، المجلد ١٠ ، ٢٩٧-٣٣٤ .
٢. أحمد عبد الخالق (١٩٨٧) : قلق الموت ، سلسلة علام المعرفة ، مارس ، الكتاب رقم ١١١ ، الكويت ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
٣. أحمد عبد الخالق (١٩٩٤) : الدراسة التطورية للقلق ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
٤. أحمد عبد الخالق ، مایسة النبال (١٩٩٠) : القلق لدى مجموعات عمریه مختلفة من الأطفال ، المؤتمر الدولي للطفولة في الإسلام . (٩-١١ أكتوبر) جامعة الأزهر .
٥. أحمد عبد الخالق (١٩٩٠) : أصول الصحة النفسية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
٦. أحمد عكاشة (١٩٨٩) : الطب النفسي المعاصر . ط ٨ ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

٧. أرون بيك (١٩٩٩) : العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية ، ترجمة عادل مصطفى ، ط١ ، القاهرة ، دار الأفاق العربية

٨. أسماء عبد الله العطية (٢٠٠١) : فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٩. أسماء غريب إبراهيم (١٩٩٤) : استخدام السيكوندراما لخفض الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال ، رسالة دكتوراه ، كلية البنات ، جامعة عين شمس .

١٠. أمال عبد السميع أباطة (١٩٩٥) : دراسة إكلينيكية للتمييز بين حالات القلق والاكتئاب لدى الأطفال . المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد (١) ، يناير ، ١٣٥-١٥٥ .

١١. ب ب ولمان (١٩٨٥) : مخاوف الأطفال ، ترجمة عبد العزيز القومي ومحمد عبد الظاهر الطيب ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

١٢. باترسون س (١٩٨١) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، ترجمة حامد عبد العزيز النقي ، ط١ ، الكويت ، دار القلم .

١٣. بشير الرشيد وآخرون (٢٠٠٠) : سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، المجلد الثاني ، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (٢) ، دولة الكويت ، الديوان الأميري ، مكتب الإنماء الاجتماعي .

١٤. جابر عبد الحميد ، علاء كفاقي (١٩٩٠) : معجم علم النفس والطب النفسي (الإنجليزي -عربي) ، الجزء الأول ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
١٥. جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسي (الإنجليزي -عربي) ، الجزء الثالث ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
١٦. جاسم الكندري ، راشد سهل (١٩٩٢) : الخواف المدرسي مفهومه ونظرياته ، وطرق علاجه ، رسالة الخليج العربي ، العدد (٤) ، السنة الثانية عشرة ، ٦٦-٣٣ .
١٧. جوزيف ، ودوبرت (١٩٩٩) : تربية الأطفال والمرافقين للمضطربين سلوكيا النظرية والتطبيق ، ترجمة زيدان احمد السرطاوي وعبد العزيز السيد للشخص ، الجزء الأول ، الإمارات ، دار الكتاب الجامعي .
١٨. جوزيف ، ودوبرت (١٩٩٩) : تربية الأطفال والمرافقين للمضطربين سلوكيا النظرية والتطبيق ، ترجمة زيدان احمد السرطاوي وعبد العزيز السيد للشخص ، الجزء الثاني ، الإمارات ، دار الكتاب الجامعي .
١٩. حامد عبد السلام زهران (١٩٧١) : علم نفس النمو "الطفولة والمرافقة" ، ط٤ ، القاهرة ، عالم الكتب .
٢٠. حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط٣ ، القاهرة ، عالم الكتب .

٢١. حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٩٨) : علم النفس الإكلينيكي ،
للقاهرة ، دار قباء للنشر والتوزيع .
٢٢. خليل فاضل (١٩٩٦) : الخرس الاختياري . مجلة العربي ، الكويت
، وزارة الإعلام ، العدد ٤٥٣ ، ١٦٠-١٦٣ .
٢٣. دافيد شيهان (١٩٨٨) : مرض القلق . ترجمة عزت شعلان ، واحمد
عبد العزيز سلامة ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد (١٢٤)
٢٤. دري حسن عزت (١٩٩٠) : الزهاب "الفوبيا" وراثية أو اكتساب ،
مجلة للعربي ، العدد ٣٧٩ ، ١٤٧-١٥٠ .
٢٥. رحاب محمود صديق (١٩٩٩) : المخاوف المرضية لدى أطفال
للروضة دراسة تشخيصية علاجية ، سلسلة الدراسات
والبحوث التربوية والنفسية ، (٣) ، الإسكندرية ، الملتقى
المصري للإبداع والتنمية .
٢٦. رياض نايل العاسمي (١٩٩٥) : دراسة كينكية للبنية النفسية للأطفال
الذين يعانون من الفوبيا المدرسية والأطفال في المرحلة
الإبتدائية . رسالة ماجستير ، معهد البحوث والدراسات
لتربوية ، جامعة القاهرة .
٢٧. ريتشاردم سوين (١٩٨٨) : علم الأمراض النفسية والعقلية ، ترجمة
أحمد عبد العزيز سلامة ، ط ١ ، الكويت ، مكتبة الفلاح .

٢٨. سبيلبرجر وآخرون (١٩٨٥) : كراسة تعليمات قائمة قلق الاختبار

(قائمة الاتجاه نحو الاختبار) ، إعداد نبيل الزهار ونديس

موسفر ، القاهرة ، مطابع الناشر العربي .

٢٩. سبيلبرجر وآخرون (١٩٩٢) : دليل تعليمات قائمة القلق (الحالة

والسمة) تعريب وإعداد أحمد عبد الخالق ، ط٢ ، الإسكندرية

، دار نشر الثقافة .

٣٠. سيد أحمد عجاج (١٩٩٢) : دراسة للقلق لدى الأطفال من حيث

علاقته بضغط الوالدية ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ،

جامعة الزقازيق .

٣١. سيد محمد صبحي (٢٠٠٠) : محاضرات الدورة التدريبية في

الإرشاد المعرفي السلوكي ، مركز الإرشاد النفسي ، كلية

لتربية ، جامعة عين شمس .

٣٢. شارلز ، وهولز (١٩٨٩) : مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب

المساعدة فيها ، ترجمة نسيم داود ونزيه حمدي ، ط١ ،

الأردن ، منشورات الجامعة الأردنية .

٣٣. صلاح الدين عبد الغني (١٩٩٥) : فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف

القلق الناتج عن الحرمان الوالدي لدى الأطفال ، رسالة

دكتوراه ، كلية للتربية ، جامعة عين شمس .

٣٤. صلاح الدين عراقي (١٩٨٥) علاج التشكيل بالأنموذج

MODELING ومدى فاعلية في علاج الفوبيات لدى

الأطفال ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق
فرع بنها .

٣٥. طلعت منصور وآخرون (١٩٨١) : أسس علم النفس العام . القاهرة
، مكتبة الأنجلو العربية .

٣٦. عباس محمود عوض ومنحت عبد الحميد عبد اللطيف (١٩٩٠) :
قلق الانفصال لدى الأطفال : دراسته عاملية . المؤتمر
السلوكي السادس لعلم النفس في مصر (٢٢-٢٤) ، الجزء
الأول ، القاهرة ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية . ٩٧
- ١١٧ .

٣٧. عبد الرحمن سليمان (١٩٨٨) : دراسة مقارنة لأثر أسلوب التحصين
التدريجي واللعب غير الموجه في تناول المخاوف المرضية
من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية ، رسالة ماجستير
، جامعة عين شمس ، كلية التربية .

٣٨. عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٢) : اضطراب الصمت الاختياري
(التبكم) لدى الأطفال ، مجلة علم النفس ، يوليو-سبتمبر ،
٤٢-٣٢ .

٣٩. عبد الرحمن عيسوي (١٩٩٢) : في الصحة النفسية والعقلية ،
القاهرة ، دار النهضة العربية .

٤٠. عبد الرقيب البحيري (١٩٨٢) : اختبار القلق لحالة -السمة للأطفال
، ط١ ، القاهرة ، دار المعارف .

٤١. عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) : العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث . القاهرة ، الفجر للنشر والتوزيع .

٤٢. عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٩٣) : العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته ، سلسلة عالم المعرفة ، الكتاب رقم ١٨٠ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت .

٤٣. عبد الستار إبراهيم (١٩٩٠) : أربعة محاور في علاج القلق ، مجلة العربي ، العدد ٣٧٤ ، ١٢٤-١٢٨ .

٤٤. عبد السلام عبد الغفار (١٩٩٠) : مقدمه في الصحة النفسية ، دار النهضة العربية ، القاهرة .

٤٥. عبد المطلب القريطي (١٩٩٨) : في الصحة النفسية . ط١ ، القاهرة ، دار الفكر العربية .

٤٦. عزة عبد الجواد عزازي (١٩٩٠) : استخدام الميكودرما في علاج المشكلات النفسية لأطفال سن ما قبل المدرسة ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

٤٧. علاء الدين كفاي (١٩٩٠) : الصحة النفسية . ط١ ، القاهرة هجر للطباعة والنشر والتوزيع .

٤٨. علي كمال (١٩٨٨) : النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها ، ط٤ ، الأردن ، دار ولسط .

٤٩. غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩) : علم الصحة النفسية ، ط١ ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٥٠. فريح عويد العنزي (١٩٩٧) : الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين ، دراسات نفسية ، مجلد ٧ ، العدد ٢ ، إبريل ، الرابطة المصرية للأخصائيين النفسيين ، ١٨١-٢٠٢ .

٥١. فوزي فوزي يوسف (١٩٩٤) : دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق عند الأطفال بالمرحلة الابتدائية باستخدام اللعب التمثيلي ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة أسيوط .

٥٢. فوقية حسن (١٩٩١) : المكونات الإدراكية للقلق الموضوعي . المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر ، الجمعية العربية للدراسات النفسية ، القاهرة ، مكتبة ، الانجلو المصرية ١٢٢-١٣٩ .

٥٣. فيصل محمد خير الزرلا (١٩٨٦) : علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية ، بيروت ، دار العلم للملايين .

٥٤. فيولا البيلاوي (١٩٨٧) : مقياس القلق للأطفال ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية

٥٥. كالقن . س . هول (١٩٨٨) : علم النفس عند فرويد ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ، وسيد أحمد عثمان ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٥٦. مأكبريد و. ج (١٩٦٠) : الخوف ، ترجمة سيد محمد غنيم ، المشكلات النفسية ، لشرف وتقديم فؤاد البهي السيد ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
٥٧. ماهر محمد الهوارى وآخرون (١٩٨٧) : مقياس الاتجاه نحو الاختبارات قلق الاختبارات رسالة الخليج العربي ، السنة السابعة ، العدد ١٢١ ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية .
٥٨. مجدي عبد الكريم (١٩٩١) قلق العام والخاص : دراسة عاملية لاختبارات القلق . المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ١٦٢-١٨٠ .
٥٩. محمد جميل محمد (١٩٨٤) قراءات في مشكلات الطفولة ، ط ٢ ، السعودية ، دار الكتاب الجامعي .
٦٠. محمد شعلان (١٩٧٩) : الاضطرابات النفسية في الأطفال ، ج ٢ ، القاهرة ، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية .
٦١. محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٠) : اختبار المخاوف (الفوبيات) للأطفال ، القاهرة ، دار المعارف .
٦٢. محمد غريب محمد (١٩٩٩) : مدى فاعلية برنامج سيكودرامي للتخفيف من القلق النفسي عند أطفال المؤسسات الإيوائية دراسة تجريبية على عينة من الأطفال من سن ٩-١٢ سنة .

رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة
عين شمس .

٦٣. محمد محمد الشيوخ (١٩٨٧) : قياس القلق لدى التلاميذ ومعايير
للمقياس بدولة الإمارات ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية

٦٤. محمد محمود محمد (١٩٩٥) : مدى فاعلية برنامج إرشادي فسي
خفض مستوى بعض المخاوف المرضية لدى تلاميذ الحلقة
الأولى من التعليم الأساسي ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية
جامعة الزقازيق .

٦٥. محمود السيد عبد الرحمن ، معتز سيد عبد الله (١٩٩٤) : الإنكار
للاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة
وسمة القلق ومركز التحكم . دراسات نفسية ، العدد (٣) ،
مجلد (٤) ص ٤١٥-٤٤٩ .

٦٦. منحت الطاف عيسى (١٩٨٩) : دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق
لدى أطفال المرحلة الابتدائية باستخدام الرسم ، رسالة
دكتوراه ، كلية البنات ، جامعة عين شمس .

٦٧. مصطفى سويف (١٩٧٥) : مقدمه لعلم النفس الاجتماعي ، القاهرة ،
مكتبة الانجلو المصرية .

٦٨. معدوحة سلامة (١٩٨٤) : أساليب التنشئة الاجتماعية وعلاقتها
بالمشكلات النفسية في مرحلة الطفولة الوسطى ، رسالة
ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق .

٦٩. مي يحيى الرخاوي (١٩٩٢) : بعض المتغيرات المرتبطة بالمظاهر والأعراض الوسواسية لدى الأطفال المترددين على العيادة النفسية ، رسالة ماجستير ، جامعة عين شمس ، معهد الدراسات العليا للطفولة .

٧٠. نيقين مصطفى زيور (١٩٩٨) : الاضطرابات النفسية عند الطفل والمرافق ، تقديم فرج أحمد فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

71. Alfano, Candice A. ; Ginsburg, Golda S. ; Kingery, Julie Newman (2007). Sleep-Related Problems among Children and Adolescents with Anxiety Disorders, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46, 2, 224-232.
72. American Pschiatric Association (1994): Diagnostic and Statisical of Mental Disorders (4th ed). Washington, D. C
73. Barrett, P. M. et al (1996): Family Treatment of Childhood Anxiety: A Controlled Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 2, 333-342.
74. Barrett, P. M. et al (2001) ; Cognitive Behavioral Treatment of Anxiety Disorders in Children Long-Term (6-Year)Follow up. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 1, 135-141.

75. Beck & Emery (1985): Anxiety Disorders and Phobias, A Cognitive Perspective. U. S. A, Basic Book
A Subsidiary of Perseus Book. C. L. c
76. Beck, A. T (1991): Cognitive Therapy A30-year
Retrospective. American Psychologist, 46, 4,
368-375.
77. Beck, A. T (1993): Cognitive Therapy: Past, Present,
and Future. Journal of Consulting and Clinical
Psychology, 61, 2, 194-198.
78. Bernstein & Perwien (1995): Anxiety Disorders. Child
and Adolescent Psychiatric Clinics of North
American, 4, 2, 305-323.
79. Capps, I et al (1996): Fear, Anxiety and Perceived in
Children of Agoraphobic Parents. Journal of
Child Psychology and Psychiatry, 37, 4, 445-
452.
80. Chambless & Gillis (1993): Cognitive Therapy for
Anxiety Disorders. Journal of Consulting and
Clinical Psychology, 61, 2, 248-260.
81. Cole, D, A et al (1998): Longitudinal Look At
Relation Between Depression and Anxiety in
Children and Adolescent. Journal of Consulting
and Clinical psychology, 66, 3, 451-460.
82. Cole, D. A. et al (1997): Relation Between Symptoms
of Anxiety and Depression in Children: A
Multitrait Multimethod Multigroup
Assessment. Journal of Consulting and Clinical
Psychology, 65, 1, 110-119.

83. Dadds, M. R. et al (1997): Prevention and Early Intervention For Anxiety Disorders: A Controlled Trail. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65 (4) 627-635.
84. Dalgleish, T et al (1997): Information Processing in Clinically Depressed and Anxious Children and Adolescent. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 5, 535-541.
85. Dolan & Brazeal (1993): Separation Anxiety Disorder, Overanxious Anxiety Disorders and School Refusal. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American, 2, 4, 563-580.
86. Eisen el al (1995): Clinical Handbook of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Jason arsons Inc, New Jersey.
87. Eisen & Kearney (1995): Practitioner's Guide to Treating Fear and Anxiety In Children and Adolescents; Cognitive Behavioral Approach. Jason Aronson inc, New jersey.
88. Epkins, C. C. (1996): Affective Confounding in Social Anxiety and Dysphoria in Children: Child, Mother and Father Reports of Internalizing Behaviors, Social Problems, and Competence Domains. Journal of Social and Clinical Psychology, 15, 4, 449-4.
89. Francis & Beidel (1995): Cognitive _Behavioral Psychotherapy, in John march, Anxiety Disorders in Children and Adolescents. New York, The Guilford press, 321-340.

90. Ginsburg et al (1995) Cognitive Behavioral Group Therapy, in Eisen et al: Clinical Handbook of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Jason Aronson inc, New Jersey.
91. Ginsburg, Golda S. ; Riddle, Mark A. ; Davies, Mark(2006). Somatic Symptoms in Children and Adolescents with Anxiety Disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45, 10, 1179-1187.
92. Hollon & Beck (1994): Cognitive and Cognitive Behavioral Therapies Hand Book of Psychotherapy and Behavior Change.
93. Howard&Kendall (1996): Cognitive Behavioral Family Therapy for Anxious Children: Therapist Manual. Ardmore, workbook Publishing, Inc.
94. Hudson, -Jennifer-L; Rapee, -Ronald-(2005): Parental perceptions of overprotection: Specific to anxious children or shared between siblings. Behavior-Change. Vol 22(3), 185-194.
95. Kauffman James. M (2005) Characterisk, cs y emotional and behave oral Disorders of children and yowh, 8, h print, pearson Merrill prenice Hall.
96. Kearney et al (1995): General Issues Underlying The Diagnosis and Treatment of Child and Adolescent Anxiety Disorders, in Eisen et al. Clinical Handbook of Anxiety Disorders in Children Adolescent, London, Jason Aronson Inc.

97. Kendall & Lochman (1994): Cognitive –Behavioral Therapies, in Rutter, M etal, Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches. Oxford. Blackwell Scientific Publications, 844-854.
98. Kendall & Treadwell (1996): Cognitive –Behavioral Treatment for Childhood Anxiety Disorders Empirically Based Strategies for Clinical Practice. Washington. D. C, American Psychological Association, 23-41.
99. Kendall. P. C. & Southam-Gerow. M. A (1997): long-Term Follow-up of A Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disordered Youth. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 64, 4, 724-730.
100. Kendall. P. C. (1994): Treating Anxiety Disorders in Children: Results of a Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 1, 100-110.
101. Kendall. P. C. et al (1997): Therapy for Youth with Anxiety Disorders: A Second Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 65, 5, 366-380.
102. Kendall et al (1992): Anxiety Disorders in Youth Cognitive Behavioral Interventions. Boston. Allyn and Bacon.
103. Kendall et al (1992): Cognitive Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual. Ardmore, Workbook Publishing, Inc

104. Kendall et al (1995): The Treatment of Anxiety Disorders in youth. in Eisen et al Clinical Handbook of Anxiety Disorders In Children and Adolescent. Jason Aronson Inc.
105. Kendall et al (1995): The Treatment of Anxiety Disorders in Youth. in Eisen et al, Clinical Handbook of Anxiety Disorders in Children and Adolescent. Newjersey, Jason Aronson inc. 575-597.
106. Kendall, P (1992): Coping Cat Workbook. Ardmore, Workbook Publishing, inc.
107. Kendall, P (1993): Cognitive –Behavioral Therapies with Youth: Guiding Therapy Current Status and Emerging Development. Journal of Consulting and Clinical psychology, 61, 2, 235-247.
108. Kendall, P (1993): Cognitive Behavioral Therapies With Youth Guiding Therapy Current Status Emerging Developments. Journal Of Consulting and Clinical Psychology, 61, 2, 235-47
109. Kendall, P (1994): Coping Cat Notebook Ardmore, workbook Publishing, Inc
110. Kendall, P (1995): Cognitive Behavioral Therapies with Children An Integrative Overview, In Van Bilsen et al Behavioral Approaches for Children and Adolescents Challenges for the Next Century. Newyork
111. Kendall, p. c et al (1991): Treating Anxiety Disorders in Children and Adolescents. in

- Kendall, p, c: Child and Adolescent Therapy Cognitive -Behavioral Procedures. Newyork, The Guilford press, 131-164.
112. Kendall, P et al (1995): Cognitive _Behavioral Therapies with Children and Adolescent An Integrative Overview. in Van Bilsen et al, Behavioral Approaches for Children and Adolescents Challenges For the Next Century. Newyork, Plenum press, 1-18.
113. Kendall, P(1991): Child and Adolescent Therapy Cognitive-Behavioral Procedures. Guilfoad Press, Newyork
114. Kennerly, H (1997): Overcoming Anxiety A Self-Help Guide Using Cognitive Behavioral Techniques, London, Robinson Publishing Ltd.
115. King&Ollendick(1997): Annotation: Treatment of Chilhood Phobias. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 4, 389-400.
116. Last, C et al (1987): Psychiatric Illness in The Mothers of Anxious Children. TheAmericcan Journal of Psychiatry, 144, 112, Desember, 1580-1583.
117. Last, C et al (1991): Anxiety Disorders in children and Their Families. Archives of General Psychiatry, 48, 928-934.
118. Last, C et al (1998): Cognitive -Behavioral Treatment of School Phobia. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 4, 404-411.

119. Last, C et al (1983): Comparison of Two Cognitive Strategies In Treatment of Apatient with Generalized Anxiety Disorders. Psychological Reports, 53, 19-20.
120. Leitonberg, H. et al (1986): Evaluation Anxiety And Negative Cognitive Errors in Children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 4, 528-536.
121. Lesniak-Karpiak, Katarzyna; Mazzocco, Michele M. M. ; Ross, Judith L. (2003). Behavioral Assessment of Social Anxiety in Females with Turner or Fragile X Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33, 1, 55-67
122. March, J (1995): Anxiety Disorders in Children and Adolescent. Newyork, Guilford Press.
123. Mary M. Jensen (2005) introduction to Emolional and behavioral Disorders. Ohio, Pegrson Merrill Prentice Hall.
124. Masia & Morris (1998): Anxiety Disorders in Children and Adolescent Clinical Presentation. Anxiety Disorders Association of America. 3-6
125. Mendowitz, S, L et al (1999): Cognitive – Behavioral Group Treatment in Childhood Anxiety Disorders: the Role of Parent Involvement. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 1223-1229.

126. Meyers&Craighead (1984): Cognitive Behavior Therapy with Children. PlenumPress, NewYork.
127. Michelson&Ascher(1987): Anxiety and Stress Disorders: Cognitive Behavioral Assessment and Treatment. Guilfpress, Newyork.
128. Ollendick, T. H. et al (1991): Fears in British Children and Their Relationship to Manifest Anxiety and Depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32, 2, 321-331.
129. Perrin&Last (1986): Worrisome Thoughts in Children Clinically Referred for Anxiety Disorders. Journal of Clinical Child Psychology, 26, 2, 181-199.
130. Perrin, S. (1997): Worrisome Thoughts in Children Clinically Referred for Anxiety Disorder. Journal of Clinical Child Psychology, 26, 2, 181-189.
131. Quille, M (1998); Anxiety Disorders Association of America DSM-iv Checklist for Identifying Anxiety Disorders in Children. Specical Focus on Anxiety Disorders in Children, Adolescents and Young Adults. Anxiety Disorders Association of America, 2nd Edition, 7-19.
132. Rahmatalla et al (1996): Literature Review on Obsessive Compulsive Disorders In Children and Adolescent. The Arab Journal of psychiatry, 6, 4, 161-175.

133. Reynolds & Richmond (1987): What I think and Feel: A Revised Measure of children's Manifest Anxiety, Journal Of Abnormal Child Psychology, 6, 2, 271-280
134. Ronan & Kendall (1994): Negative Affectivity in Children: Development and Validation of a Self-Statement Questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 18, 6, 509-528
135. Ronen, T(1997): Cognitive Developmental Therapy with Children. New York, John wiley&Sons.
136. Rosenbaum, J. et al (1992): Comorbidity of Parental Anxiety Disorders As Risk for Childhood – Onset Anxiety in Inhibited Children. American-Journal of Psychiatry, 149, 4, 475-481.
137. Schroeder & Kendall (1996): Cognitive Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual for group Treatment. Ardmore, Workbook Publishing, inc.
138. Silverman & Albano (1996): Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Version. London, The Psychological Corporation.
139. Silverman & Kurtines(1996): Anxiety And Phobic Disorders Pragmatic Approach. New York, plenum press
140. Silverman, W et al (1999): Contigecy Management, Self Control, and Education Support in The Treatment of Childhood Phobic

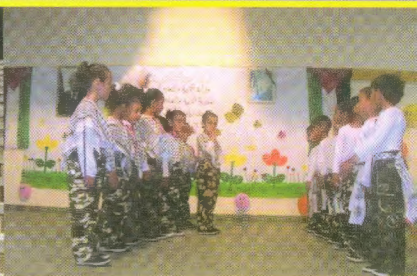
- Disorders: A Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical psychology, 67, 5, 675-687.
141. Southam-Gerow et al (1997): Cognitive Behavioral Therapy With Children and Adolescents. Child and Adolescents psychiatric Clinics of North America, 6, 1, 111-136.
 142. Spence, S (1997): The Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) Structure of Anxiety Symptoms Among Children: A confirmatory Factor - Analytic Study. Journal of Abnormal Psychology, 106, 2, 280, 297.
 143. Spence, S (1998): A Measure of Anxiety Symptoms among Children Behavior Research and Therapy, 36, 545-566.
 144. Spiehlberger, et al (1973) State - Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) USA, Mind Garden.
 145. Spiehlberger, et al (1979): Understanding Stress & Anxiety. London, Harper & Row Publishers.
 146. Strauss, C. et al (1988): Association Between Anxiety and Depression in Children and Adolescent With Anxiety Disorders. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 1, 57-68.
 147. Strauss, Cy. D (1988): Behavioral Assessment and Treatment of Overanxious Disorders in Children and Adolescent. Behavior Modification, 12, 2, , 234-251.

148. Sutherland, s(1989): Macmillan Dictionary of Psychology, london, Macmillan Reference Book.
149. Thyer, B, A(1991): Diagnosis and Treatment of Child and Adolescent Anxiety. Disorders. Behavior Modification, 15, 3, 310-325.
150. Treadwell & Kendall (1996): Self-Talk in Youth With Anxiety Disorders: States of mind, Content Specificity, and Treatment Outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 5, 941-950.
151. Weems, Carl F. ; Costa, Natalie M. (2005). Developmental Differences in the Expression of Childhood Anxiety Symptoms and Fears, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 7, 656.
152. Wenck, L. et al (1996): Evaluating The Efficacy of Biofeedback Intervention to Reduce Children Anxiety. Journal of Clinical Psychology, 52, 4, 469-473.
153. Wolpe, J (1990): The Parctice of Behavior Therapy. Fourth Edition, U. S. A., Pergamon press, Inc. Child and Adolescent Psychiatry, 43, 11, 1364
154. Wren, Frances J. ; Bridge, Jeffrey A. ; Birmaher, Boris. (2004). Screening for Childhood Anxiety Symptoms in Primary Care: Integrating Child and Parent Reports. Journal of the American Academy of

قائمة المحتويات

٣	مقدمة :
٧	الفصل الأول القلق لدى الأطفال.....
١٠	تعريف القلق :
١٤	الفرق بين الخوف والقلق :
١٧	القلق كحالة والقلق كسمة :
٢٠	أنواع القلق :
٢٣	اضطرابات القلق :
٢٨	اضطراب القلق العام.....
٣٠	اضطراب قلق الانفصال.....
٣٢	المخاوف الاجتماعية :
٣٤	المخاوف المرضية :
٣٦	اضطراب الوسواس القهري.....
٤٠	اضطراب الهلع مع الخوف والأماكن المتسعة :
٤٢	اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة :
٤٥	اضطراب الضغوط الحادة :
٤٦	الصمت الاختياري :
٥٠	سلوك رفض المدرسة :
٥٣	أعراض القلق :
٥٧	الفصل الثاني الإرشاد المعرفي السلوكي.....
٥٩	مقدمة :
٦٥	الغنيات المستخدمة في الإرشاد المعرفي السلوكي :

٧١	دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي :
٧٥	الفصل الثالث البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي
٧٧	مقدمة :
٧٧	مصادر إعداد البرنامج :
٧٩	أهمية البرنامج :
٧٩	الحاجة إلى البرنامج :
٨٠	الأسس التي يقوم عليها البرنامج :
٨١	للخدمات التي يقدمها البرنامج :
٨٣	التخطيط العام للبرنامج :
٨٣	(١) أهداف البرنامج :
٨٤	(٢) الإعداد المبنى للبرنامج :
٨٦	(٣) المدى الزمني للجلسة :
٨٦	(٤) محتوى الجلسات :
٩٠	(٥) الفنيات المستخدمة في البرنامج :
٩٩	جلسات البرنامج
١٥٦	المراجع
١٥٦	أولاً : المراجع العربية :
١٦٦	ثانياً : المراجع الأجنبية :



0676137

website: www.bdrusint.com

مقدمة بحوثية